جامعـــــة الإســــــكندرية
كليـــة ريـــاض الأطفـــال
قســـم العلـــوم النفســـية
= = = = =

فعاليـــــة العلاج السلوكي في خفض حدة الألكسيزيميـــــا لدي أطفال الروضة ذوي صعوبات التعلم

Effectiveness of behavioral therapy in reducing Alexithymia of kindergarten children with learning disabilities

دراسة مقدمة من الباحثة

سوزان سعيد عمر حسب الله

لنيل درجة الماجستيرفي التربية(رياض الأطفال)من قسم العلوم النفسية

(بنظام الساعات المعتمدة)

إشراف

د./ رحـــــاب محمود صــــــديق
أستاذ الصحة النفسية المساعد
قسم العلوم النفسية
كلية رياض الأطفال- جامعة الإسكندرية

د./ ابتســــــام أحمد محـــــــمد
مدرس علم النفس
قسم العلوم النفسية
كلية رياض الأطفال- جامعة الإسكندرية

٢٠١٥م

بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وتقدير

الحمد لله الواحد الرزاق خالق الطير والسحب المنعم علينا بالأخلاق ولا يسعني إلا أن أردد قول ربي:

* قالوا سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا إنك أنت العليم الحكيم* الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات الحمد لله الذي بفضله توزع الخيرات فاطر الأرض والسماوات العلي القادر ذي الرحمات أحمده وأشكره علي ما تفضل به علي من فيض منه وكرمه ورضاه، وأشهد أن لا إله إلا الله وأن محمدا عبده ورسوله والداعي الناس لي طلب العلم من المهد إلي الحمل علي الأعناق.

وبعد ،،،،

يشرفني وها أنا قد انتهيت بفضل الله وتوفيقه من إعداد هذه الرسالة، أن أشكر الله عز وجل أن وفقني لإتمام هذا العمل وأرشدني وأنار دربي وأمدني بالإرادة والتصميم والذي أرجو من الله أن ينفع به العلم وطلابه، وأن يجعله خالصا لوجهه الكريم، ولذلك فمن باب أولي من لم يشكر الناس لا يشكر الله، وحتى يتم شكري له عز وجل أتوجه بالشكر لأساتذتي العلماء الأفاضل الذين أفاضوا وأجادوا وأرشدوني إلي الطريق السديد.

ولزاما علي أن أنسب الفضل لأهله وفاء وعرفانا بالجميل، كما أتقدم بوافر الشكر وعظيم الامتنان إلي القلب الصبور إلي العقل الراجح، إلي من علمتني الصبر علي التعلم، إلي من علمتني أن الحياة بإتقان أفضل من الحياة نفسها، إلي دكتورتي العزيزة دكتورة- رحاب محمود صديق أستاذ الصحة النفسية- كلية رياض الأطفال- جامعة الإسكندرية- والتي راعتني منذ أن كنت طالبة، حيث أعطت فأجزلت العطاء ونصحت فأخلصت النصح والإرشاد. ولم تبخل علي بجهد طوال مراحل الدراسة وعاونتني منذ أن كان هذا العمل فكرة حتى وصلت إلي صورتها الحالية، ثم تفضلها وإشرافها علي هذه الرسالة فقد كانت لي نعم المعلمة والمرشدة والموجهة، فقد تعلمت علي يديها واستلهمت من علمها، و استفدت مما أسدته لي من تعليمات وتوجيهات منذ الخطوة الأولي لإجراء هذه الدراسة، فقد غمرتني بالرعاية والاهتمام والتشجيع المستمر فلم تبخل بتوجيه ولا نصح رغم ضيق وقتها، رعاها الله وحماها وحفظها لنا معلمة وعالمة وجعلها نبراسا يضيء لنا طريق العلم، فهي من علمتني قواعد البحث العلمي ليخرج متناسقا أجزاءه فقد تركت بصمتها الواضحة علي نفسي قبل هذا العمل، فلها مني عظيم الشكر والتقدير، وجزاها الله عني خير الجزاء.

كما أهدي ثمرة جهدي المتواضع إلي الوردة الرقيقة إلي دكتورتي الحبيبة- د. ابتسام محمد أحمد- مدرس علم النفس- كلية رياض الأطفال- جامعة الإسكندرية وذلك علي الرغم من سفرها فقد ساعدتني منذ بداية هذه الدراسة ولم تبخل علي بعلمها ولا بوقتها وإرشاداتها وتوجيهاتها، حيث كانت لي بمثابة

المعلمة والأخت والصديقة، فلا تسعني الكلمات لكي أعبر عن شكري وتقديري لما بذلته من جهد وعون وإرشاد، والتي أسال الله عز وجل أن يجزيها خير الجزاء ويرضيها بفضله ومنه وكرمه، فلها مني كل الاحترام والتقدير.

وإنه ليسعدني ويشرفني أن أتقدم بأسمى آيات الشكر والتقدير والعرفان بالجميل إلي أول من شجعني علي إتمام دراستي العليا، أستاذي الفاضل الأستاذ الدكتور– أشرف محمد عبد الغني شريت – أستاذ الصحة النفسية، ورئيس قسم العلوم النفسية– كلية رياض الأطفال– جامعة الإسكندرية. وذلك عرفانا بفضله علي توجيهاته السديدة، وتشجيعه المستمر للباحثة وتذليل العقبات وتيسيرها لها مما كان له عظيم الأثر في إتمام هذا البحث متعه الله بالصحة والعافية ولسيادته مني كل الشكر والتقدير والاحترام، وجزاه الله خير الجزاء.

كما أتقدم بخالص شكري وتقديري إلي العالم الجليل إلي الأستاذ الدكتور– عبد الفتاح علي غزال.أستاذ الصحة النفسية المتفرغ وعميد كلية رياض الأطفال الأسبق، حيث كان لي الشرف بالاستماع لتوجيهاته العلمية فجزاه الله عني خير الجزاء.

كما أتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلي الأستاذ الدكتور:أحمد أحمد عواد. عميد كلية التربية بالعريش.جامعة قناة السويس، وذلك لتفضله بقبول مناقشة هذه الرسالة وتحمله عناء السفر ومشقته، فله مني عظيم الشكر والتقدير والاحترام لعالمنا الجليل، وجزاه الله عنا خير الجزاء وبارك الله في علمه وجعله دائما لنا مرشدا وقائدا ومعلما لطلابه وكل من تتلمذ عل يديه.

كما أتقدم بعظيم شكري وامتناني إلي الأستاذة الدكتورة– هاله إبراهيم الجرواني.أستاذ صحة الأم والطفل وعميد كلية رياض الأطفال –جامعة الإسكندرية، علي معاونتها للباحثين والمساعدة في تذليل العقبات التي تواجههم وتسهيلها لكافة الإجراءات، فلها مني كل الشكر والتقدير وجزاها عني خير الجزاء.

كما يشرفني أن أتقدم بخالص شكري وتقديري إلي الأستاذة الدكتورة– سمية طه جميل وكيل الكلية لشئون الدراسات العليا والبحوث بكلية رياض الأطفال– جامعة الإسكندرية، علي ما قدمته من تيسيرات وتوجيهات، فلها مني عظيم الشكر والتقدير، وجزاها الله عني خير الجزاء.

كما أتوجه بخالص الشكر والتقدير إلي أسرتي الثانية، أسرة كلية رياض الأطفال، فلم أجد الكلمات الملائمة للتعبير عما يدور بخلدي من شكر وامتنان، وأخص بالذكر قسم العلوم النفسية، علي كل ما قدموه لي من عون ومساعدة أثناء فترة دراستي.

ويشرفني أن أتقدم بالشكر والتقدير إلى السادة المحكمين بكلية رياض الأطفال، وكلية التربية جامعة الإسكندرية، وكلية التربية جامعة بنها، وكلية التربية جامعة كفر الشيخ، وذلك لما قدموه لي من توجيهات

مخلصة وتعديلات هادفة، كان لها عظيم الأثر في إظهار هذه الدراسة في صورتها الحالية، فلهم مني عظيم الشكر والتقدير وجزاهم الله عني خير الجزاء.

كما أتقدم بخالص شكري وتقديري لد- فاتن عبد اللطيف مدير مركز التدخل المبكر للطفولة، وكذلك أوجه شكري وتقديري لمدير مركز تواصل لذوي الاحتياجات الخاصة وكل المعلمات والأخصائيات بكلا المركزين، وذلك علي حسن تعاونهم وتسهيل المهام أمام الباحثة أثناء فترة تنفيذ التطبيق وحتى نهايتها، فلهم مني كل التحية والتقدير والعرفان بالجميل.

كما يتوجب علي أن أقدم شكري وامتناني لكل من ساعدني وأرشدني ووجهني وعلمني حرفا في هذه الحياة، وأخص بالذكر أبي أحمد الذي علمني وأنار دربي فله مني عظيم التقدير، علي ما قدمه لي من مشورة ونصح وتوجيه وإرشاد، فجزاه الله عني خير الجزاء.

كما يسعدني ويشرفني أن أتقدم بأسمى آيات الشكر والتقدير والعرفان بالجميل لأفراد أسرتي الحبيبة الذين لطالما مدوا يد العون لي، وأهدي ثمرة هذا العمل إلي روح والدي الطاهرة رحمه الله وأسكنه الفردوس الأعلى من الجنة، كما أخص بالشكر والعرفان والدتي الغالية متعها الله بالصحة والعافية، والتي لطالما أمدتني بدعوات صادقة كان لها أكبر الأثر في نفسي وفي استمرار هذا الجهد، ، فمهما بحثت عن الكلمات لكي أشكرها فلن أوفيها حقها وأجرها، فأدعو الله أن يجعلنا قرة عينها ويجعلنا عونا وسندا لها، وأرجو الله أن يحفظها ويجزيها عنا خير الجزاء، كما أتقدم بالشكر والتقدير إلي إخوتي لما قدموه لي من عون صادق وتشجيع مستمر لإتمام هذا العمل، كما أتقدم بشكري وعرفاني بالجميل إلي أختي الحبيبة أميرتي وتوأم قلبي ورفيقة دربي أختي الصغرى التي لطالما أمدتني بالعزم والقوة، ولطالما خففت عني الأعباء الكثيرة، وساعدتني في توفير الوقت والجهد لإنجاز هذه الدراسة، وكذلك إخوتي السيد وعمر وعبد الله) فالله أسأل أن يحفظهم، سائلة لهم التوفيق وأن يبارك في جهودهم ويجزيهم خير الجزاء.

وبعد لا يسعني إلا أن أدعوا الله أن يوفقني لما فيه خيرا لديني ووطني في الدنيا والآخرة، وأن يجعل هذا العمل خالصا لوجهه عز وجل، فما بين أيديكم نبتتي التي أخذت جهدا ووقتا ليس بالقليل، فان كانت ثمار هذا الجهد واضحة جلية لا يشوبها تقصير فهذا فضل وكرم وتوفيق من الله، أما إن كانت الأخرى، فحسبي أنني لم أدخر جهدا، والكمال لله وحده، والخطأ والنسيان من صفات البشر، فالحمد لله حمدا طيبا كثيرا مباركا فيه، والله ولي التوفيق.

الباحثة

قائمة المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

الفصل الأول
مدخل إلى الدراسة

مقدمة.

أولاً: مشكلة الدراسة.

ثانياً: أهداف الدراسة.

ثالثاً: أهمية الدراسة.

رابعاً: حدود الدراسة.

خامساً: مصطلحات الدراسة.

سادساً: منهج الدراسة.

سابعاً: أدوات الدراسة.

ثامناً: إجراءات الدراسة.

الفصل الأول
مدخـــــل إلى الدراســـــة

مقدمة:

لكل مرحلة من مراحل النمو لدى الطفل طبيعتها، ومظاهر النمو التي تميزها عن المراحل التي تسبقها والتي تليها، كما أن كل مرحلة تسهم في نمو الطفل في المراحل التالية، وأن أي قصور في مظهر ما من مظاهر النمو في أي مرحلة من شأنه أن يؤثر بالسلب على الطفل في المراحل اللاحقة، وكل طفل من حقه أن تتاح له فرص التعليم، وأن يتم ذلك في بيئة قليلة القيود وبما يتلاءم مع الاحتياجات الفردية له، ولكي يتحقق ذلك لابد وأن ينهض العاملون في مجال التعليم بمسئولية تعليم جميع الأطفال بصرف النظر عن قدراتهم أو إعاقاتهم، وتعتبر مرحلة ما قبل المدرسة مرحلة النمو المتميز، ففيها يحرز الطفل تقدماً سريعاً ونمواً مضطرداً في كافة الجوانب، وتمتد هذه المرحلة من سن ثلاث سنوات، وتستمر حتى نهاية السنة السادسة، وتهدف رياض الأطفال إلى تنمية الطفل في جميع الجوانب الجسمية والحركية، والاجتماعية، والانفعالية والعقلية، وذلك حتى يمكن تحقيق النمو المتكامل لأطفال هذه المرحلة، لكي يكتسبوا المهارات والقيم والاتجاهات المرغوبة، وأيضاً لنبث فيهم حب الاستطلاع والاستكشاف.

ونظرا لأن للغة الصحيحة تعد إحدى الجوانب الهامة في تعلم القراءة والكتابة، وكلاهما من الركائز والدعائم لإتمام التعلم والتعليم لدي طفل الروضة، ولذا فإن النمو اللغوي والتخاطب والقراءة لها جوانب ثلاثة هي الجانب المعرفي الذي يتضمن بناء مفردات فكرية سليمة والتعرف علي دلالة المفاهيم اللغوية، والجانب الاجتماعي النفسي الذي يشير إلي القدرة علي التفاعل الاجتماعي السليم المؤدي إلي الثقة بالنفس والمبادرة، والجانب الحسي الحركي الذي يتضمن الطريقة السليمة لنطق الحروف (فوقية حسن رضوان، ٢٠٠٠، ١١٧).

حيث أننا كثيرا ما نلقي لدي بعض الأطفال مشكلات من قبيل ضعف أو قصور أو نقص أو عجز القدرة علي التعرف علي المشاعر وتحديدها ووصفها والتمييز بينها، هذا بالإضافة إلي أن مثل هؤلاء يتصفون بضعف التخيل (خيال محدود)، والتوجه الخارجي في السلوك بدرجة أكثر من التوجه الداخلي (النابع من الذات)، علي الرغم من أن طبيعة الإنسان الفطرية تولد لدي الفرد القدرة علي التعرف علي الانفعالات والمشاعر والتمييز بينها سيان لنفسه أو للآخرين ولا يشك أحد من أن الإحساس بالمشاعر والتعرف عليها والتمييز بينها تعد عملية مهمة في تحديد سلوكيات الإنسان، وأن من يفتقد لهذه القدرة أو يعاني من قصور وضعف لها والتي تتمثل في معرفة وفهم وتمييز المشاعر والانفعالات هذا بالإضافة إلي أن عدم القدرة أو قصورها وضعفها علي نقل هذه المشاعر والانفعالات

لفظيا وغير لفظيا، حيث يعد عائقا من عوائق تحقيق صحته النفسية. ويطلق علي الجزء أو القصور والضعف في تلك القدرة مسمي العجز/ القصور في القدرة علي التعبير عن المشاعر الإلكسيزيميا هذا والمظاهر الشائعة للإلكسيزيميا عدم القدرة علي العثور علي الكلمات المناسبة لوصف المشاعر أو بمعني أخر صعوبة ملحوظة في استخدام اللغة المناسبة للتعبير عن ووصف المشاعر والتمييز بينها والأحاسيس الجسمية التركيز علي التفكير الموجه خارجيا بدلا من التفكير الموجه داخليا أي النابع من الذات وندرة الخيال حيث تكمن ندرة الخيال في محدودية أو ضعف القدرة علي التخيل والانقباض النسبي في العاطفة حيث يفتقر مثل هذا الشخص إلي القدرة علي التعاطف وصعوبة كبيرة في التفاهم علي نحو فعال وضعف الاستجابة لمشاعر الآخرين وضعف وندرة الحفاظ علي العلاقات الحميمية، ونظرا لارتباط اللغة بالمشاعر، حيث أن المشاعر تعد بمثابة مفاتيح تنظيم الشخصية الإنسانية بمختلف جوانبها، فهي تعمل إما علي تناغم أو تضارب مكونات الشخصية، ويتبدى هذا التناغم أو التضارب في مختلف مظاهر السلوك والتي تصدر عنه الخصائص العقلية أو الاجتماعية أو الجسمية. هذا وتقتضي الفطرة الإنسانية أن يعيش الإنسان مشاعر متنوعة منها المشاعر الإيجابية ومنها المشاعر السلبية، ولا يعني ذلك أنه يمكن الفصل بين هذه الانفعالات لدي الشخص الواحد في اللحظة الواحدة، بل قد يعيش الإنسان مشاعر إيجابية كالسعادة ويخبر مشاعر سلبية كالتعاسة في نفس الوقت (هشام الخولي، ٢٠١١، ١٩٥– ١٩٨).

ولذلك فإن التعرف المبكر والتشخيص لصعوبات التعلم أمراً في غاية الأهمية من أجل تخفيف الصعوبات التي يواجهها هؤلاء الأطفال وخاصة ما يرتبط منها بالمشاعر والانفعالات والتمييز بينهما وعلاجها حتي لا تتراكم المشكلات في المستقبل.

أولاً: مشكلة الدراسة:

من خلال عمل الباحثة مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم لاحظت أن عدد من الأطفال ليس بالقليل يواجهون مشكلة في وصف مشاعرهم والتعبير عنها وبعضهم يواجه صعوبة في تحديد المشاعروالتمييز بينها والبعض الأخر لايستطيع التخيل، وأيضا يواجهون مشكلة في التفكير الموجه من الخارج، ومن خلال الإطلاع علي بعض الدراسات والبحوث مثل:

دراسة (هدى مطير، ٢٠٠٩)، دراسة (مسعد نجاح، ٢٠١١)، دراسة (داليا الألفي، ٢٠١٢) دراسة (عفاف بركات، ٢٠١٢)، (إيمان البنا، ٢٠٠٣)، دراسة (هشام الخولي، ٢٠٠٥)، (صلاح العراقي، ٢٠٠٦)، (أبو زيد الشويقي، ٢٠٠٨)، (محمد البحيري، ٢٠٠٩)، (فاتن طلعت، ٢٠١٠) (سامية عبد النبي، ٢٠١٢).

حيث أكدت هذه الدراسات علي أن هذه الصعوبة تؤثر بشكل واضح علي التعبير عن مشاعرهم للأخرين وتفاعلهم مع المحيطين بهم، وتقديراً من الباحثة لخطورة تلك المشكلة وإنعكاسها بشكل واضح علي الأطفال وعجزهم عن مواصلة حياتهم بشكل فعال وناجح في المجتمع.

ويمكن صياغة مشكلة الدراسة في الإجابة علي السؤال الرئيسي:

- مافاعلية استخدام برنامج قائم علي استخدام العلاج السلوكي في خفض حدة الألكسيزيميا لطفل الروضة ذوي صعوبات التعلم؟

ثانيا: أهداف الدراسة:

وتسعي الدراسة الحالية إلي تحقيق الأهداف التالية:

١- تقديم برنامج تدريبي لخفض حدة الألكسيزيميا للأطفال ذوي صعوبات التعلم، وإختبار فاعلية هذا البرنامج.

٢- إعداد أداة (لفظية للأم والمعلمة) لقياس الألكسيزيميا لدي الأطفال ذوي صعوبات التعلم (عينة الدراسة).

٣- إعداد أداة (مصورة للطفل) لقياس الألكسيزيميا لدي الأطفال ذوي صعوبات التعلم.

٤- تهدف الدراسة الحالية للتعرف علي استمرارية فاعلية برنامج العلاج السلوكي لخفض حدة الألكسيزيميا لدي عينة الدراسة بعد الإنتهاء من تطبيق البرنامج وأثناء فترة المتابعة.

ثالثا: أهمية الدراسة:

تبدو أهمية الدراسة في أنها تتناول مشكلة حيوية واقعية ألا وهي الألكسيزيميا لدي فئة أطفال الروضة ذوي صعوبات التعلم، حيث أظهرت العديد من الدراسات أن السبب في الألكسيزيميا يرجع إلي المعاناة الشديدة في مرحلة الطفولة، كذلك فإن عدم النضج العاطفي لدي الأطفال هو أحد المسببات للإلكسيزيميا، حيث أن إضطراب البيئة النفسية للطفل تلعب دورا رئيسيا في نشأة الألكسيزيميا أي سوء المعاملة الشديدة في الطفولة. وهناك وجهة نظر فسيولوجية تري أن الإلكسيزيميا نتيجة إصابة أو خلل أو إضطراب في النصف الأيمن من المخ المسئول عن معالجة العواطف، أو إصابة أوخلل وظيفي في القشرة الأمامية للمخ إلا أن الأدلة لا تزال غير قاطعة في هذه الأسباب، وعلي الرغم من الآراء التي تنادي بأهمية الإهتمام بالوجدان من أجل جوده أفضل للحياة النفسية للأفراد والمجتمعات، والتي تعكس مدي الوعي بالذات والتحكم في الإنفعالات والتواصل الفعال مع الأخرين، إلا أن الواقع الحقيقي المعاش يعكس من المشكلات لدي البعض والتي تظهرفي فقدان القدرة أو القصور في التعرف علي الإنفعالات والمشاعر ووصفها، وصعوبة التمييز بينها وبين الأحاسيس الجسمية للإثارة الإنفعالية، وقلة

وضحالة الخيال ومحدوديته، والتوجه المعرفي الخارجي بشكل كبير إن لم يكن دائم ومستمردون التوازن والإعتدالية ما بين التوجه الداخلي والخارجي تلك هي الالكسيزيميا (Mc Dogell J., 1989, 93, 169)، ونظر للإتباط القائم بين ظهورصعوبات التعلم في مرحلة الطفولة المبكرة وإرتباط ظهور الألكسيزيميا أيضا بتلك المرحلة، حيث أن الكشف المبكر عن المشكلات النمائيه عند الأطفال في سن ما قبل المدرسه أمرا مهما وحيويا لنموهم وتطورهم ويتطلب تشخيص أطفال ما قبل المدرسه تشخيصا لصعوبات التعلم النمائيه عندهم في حين يتطلب تشخيص أطفال المدرسه تقيما لتحصيلهم الأكاديمى وكذلك تشخيصا لصعوبات التعلم النمائيه لديهم وان التشخيص الشامل لطفل ما قبل المدرسة ممن يشك بوجود مشكله لديه يتضمن تقويما متخصصا وعميقا في مجالات كثيره مثل النمو الحركى والعصبى والنفسى والكلام واللغه وكذلك في النمو في الجوانب الاجتماعيه والانفعاليه وان صعوبات التعلم النمائيه قد توجد في ثلاثة مجالات أساسيه النمو اللغوى والنمو المعرفى ونمو المهارات البصريه الحركيه، وقد يظهر أطفال ما قبل المدرسه ممن لديهم صعوبات تعلم تباينا في النمو بين هذه المجالات الثلاثه (كيرك وكالفنت، ٧٦، ١٩٨٨-٧٧).

ومما سبق يتضح لنا أن أطفال الروضة لديهم مشكلة في التواصل اللفظي وغير اللفظي مع الأخرين وصعوبة في التعرف علي المشاعر وتمييزها عن الاحاسيس الجسدية، وصعوبة في وصف المشاعر إلي الأخرين وصعوبة التوصل لمشاعرالأخرين والتفكير الموجه خارجيا أي التركيز علي الأحداث الخارجية بدلا من الخبرات الداخلية، وضعف في القدرة علي أحلام اليقظة وندرة الخيال لدي هؤلاء الأطفال، ونظرا لندرة الدراسات العربيه التي تناولت متغيرات البحث ألا وهي: العلاج السلوكي، والالكسيزيميا، مع أطفال الروضة ذوي صعوبات التعلم في حدود علم الباحثة، ولم توجد سوي بعض الدراسات التي تناولت أحد متغيرات الدراسة كل علي حده، فقد جاءت الدراسة للمساهمه في علاج تلك المشكلة ألا وهي الألكسيزيميا لدي أطفال الروضة ذوي صعوبات التعلم بإستخدام فنيات العلاج السلوكي.

رابعا: حدود الدراسة:

الحدود البشرية:

إقتصرت الدراسة الحالية على الاطفال ذوي صعوبات التعلم النمائية في مرحلة ماقبل المدرسة ممن تراوحت اعمارهم من (٤- ٦) سنوات، حيث قامت الباحثة باختيارعينة إستطلاعية بلغ عددها ٥٠ طفلا وطفلة من بين أطفال رياض الأطفال بمحافظة كفر الشيخ، وذلك بهدف التاكد من الشروط السيكومترية والتاكد من كفاءة ادوات الدراسة، والعينة الأساسية من مركزي التدخل المبكرللطفولة، وجمعية التواصل لذوي الإحتياجات الخاصة وبلغ عددهم ١٤ طفلا وطفلة وهى العينة التجريبية.

الحدود المكانية:

تم تطبيق الدراسة الحالية علي أطفال مركز التدخل المبكرللطفولة التابع لكلية رياض الأطفال جامعة الأسكندرية، وجمعية تواصل لذوي الإحتياجات الخاصة، وبلغ قوامها (١٤) طفلا وطفلة، ١٠ ذكور، ٤ إناث من أطفال الروضة تتراوح أعمارهم من (٤– ٦) سنوات.

الحدود الزمنية:

تم تطبيق برنامج الدراسة في فترة زمنية قوامها (٣) ثلاثة أشهر، خلال الفصل الدراسي الأول من العام الدراسي (٢٠١٤– ٢٠١٥) خلال الشهور التالية: (٨– ١١)، ثم تطبيق القياس التتبعى بعد نهاية التطبيق الاساسى بشهر ونصف.

خامساً: مصطلحات الدراسة:

[١] العلاج السلوكي Behavioural Therapy:

لقد عرف واطسون (١٩٩٧، ١١) العلاج السلوكي بأنه: شكل من أشكال العلاج النفسى ويعنى أساسا بتغيير السلوك المشاهد، وموضوع الاهتمام الرئيسى فيه هوالسلوك الذى يمكن ملاحظته في الطفل.

وأيضاعرفه حامد زهران (١٩٩٧، ٢٣٧): بأنه أسلوب علاجى يستخدم مبادىء وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج النفسى، ويعتبر محاولة لحل المشكلات السلوكية بأسرع مايمكن وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضى المتمثل في الأعراض وتنمية السلوك الإرادى السوى لدى الفرد.

التعريف الإجرائي للعلاج السلوكي: وبناء علي التعريفات السابقة فقد توصلت الباحثة للتعريف الإجرائي التالي "للعلاج السلوكي"بأنه عملية تتضمن استخدام مجموعة من الفنيات والأساليب والإجراءات، بهدف زيادة معدل ممارسة الفرد لسلوك مرغوب فيه أو تدعيم هذا السلوك، أو تعليمه سلوكا جديدا أو خفض معدل ممارسته لسلوك غير مرغوب فيه.

[٢] صعوبه التعبيرعن المشاعر (الالكسيزيميا):

هناك العديد من التعريفات للألكسيزيميا، ومن هذه التعريفات مايلي:

تعرفها داليا الألفى (٢٠١٢) بأنها"سمة انفعالية تتضح في صعوبة القدرة على وصف وتحديد المشاعر تجاه المواقف والأشخاص، تبدو في عدم القدرة على تمييز وتصنيف المشاعر الذاتية وعدم القدرة على التواصل سواء اللفظى وغير اللفظى سواء بالكلمات أو حتى بالتعبير الجسدى مع عدم وجود اية اضطرابات في مختلف أجهزة الجسم.

التعريف الإجرائي للألكسيزيمِيا: تعرفها الباحثة بأنها عجز طفل الروضة علي التعبير اللفظي وغير اللفظي عن المشاعر وبالتالي يعجز عن التواصل مع أقرانه والأخرين المحيطين به وعن وصف ما يشعر به تجاههم، ونتيجة لذلك لا يستطيع القيام بعملية التخيل المرتبطة بمشاعره الذاتيه، ول يستطيع التمييز بين المشاعر والأحاسيس المختلفة وبالتالي فتفكيرة يتسم بالإعتمادعلي الأخرين فهوموجه من الخارج.

[٣] صعوبات التعلم:

لقد قدم أحمد أحمد عواد (١٩٩٧، ٧٥) تعريفاً إجرائياً لصعوبات التعلم ينص على أنها" مصطلح عام يصف مجموعة من الأطفال في الفصل الدراسى العادى يظهرون إنخفاضاً في التحصيل الدراسى عن زملائهم العاديين مع أنهم يتمتعون بذكاء عادى أو فوق المتوسط، إلا أنهم يظهرون صعوبة في بعض العمليات المتصلة بالتعلم كالفهم، أو التفكير، أو الإدراك، أو الإنتباه، أو القراءة، أو الكتابة، أو التهجى، أو النطق، أو إجراء العمليات الحسابية، أو في المهارات المتصلة بكل من العمليات السابقة، ويستبعد من حالات صعوبات التعلم ذوو الإعاقة العقلية والمضطربون إنفعالياً، والمصابون بأمراض وعيوب السمع والبصر، وذوو الإعاقات المتعددة، وذلك حيث إعاقاتهم قد تكون سبباً مباشراً للصعوبات التى يعانون منها"، في حين تعرف الباحثة"صعوبات التعلم"إجرائيا في الدراسة الحالية بأنه مصطلح يخص فئة الأطفال ذوي الذكاء العادي، حيث يصف عدة مشكلات مجتمعة سواء كانت هذه المشكلات معرفية نمائية خاصة بـ (الإنتباه، الإدراك، الذاكرة، التفكير، حل المشكلات)، وأيضا المشكلات الأكاديمية المتعلقة بـ (القراءة، الفهم القرائي، معالجة العمليات الرياضية، الإستدلال الرياضى، التعبير الشفهي/ الكتابى، الفهم السمعى) وكذلك يخص المشكلات المرتبطة بالسلوك الإجتماعى الإنفعالى (الضبط الذاتى، فرط النشاط، التشتت، الحيرة، التردد، الإرتباك، ضعف دافعية الإنجاز) مما يؤدي إلي ضعف في التحصيل والإنجاز مقارنه بذويهم الذين هم في نفس العمر، شرط عدم وجود أي إعاقات أخري مصاحبة للصعوبة.

سادسا: منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج التجريبي بتصميم المجموعة الواحدة لدراسة المتغيرات التالية:

- برنامج العلاج السلوكي (متغيرمستقل).
- مستوي الألكسيزيميا لدي أطفال الروضة ذوي صعوبات التعلم (متغير تابع).

سابعا: أدوات الدراسة:

- قائمة الكشف المبكر عن صعوبات التعلم النمائية لدي الاطفال في مرحلة ما قبل المدرسة.

(إعداد: أحمد أحمد عواد)

- مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي/ الثقافي المطور للأسرة المصرية.

(إعداد: محمد بيومي خليل)

- مقياس الالكسيزيميا (المصور) لأطفال الروضه ذوي صعوبات التعلم. (إعداد: الباحثة)
- مقياس الالكسيزيميا اللفظي لـ (أمهات ومعلمات) أطفال الروضه ذوي صعوبات التعلم.

(إعداد: الباحثة)

- برنامج العلاج السلوكي لخفض حدة الالكسيزيميا لدي أطفال الروضة. (إعداد: الباحثة)

ثامناً: إجراءات الدراسة:

تتلخص إجراءات الدراسة الحالية فيما يلي:

١- الإطلاع علي الدراسات والبحوث السابقة في مجال الدراسة الحالية.

٢- تحديد مشكلة الدراسة وأهميتها.

٣- القيام بالدراسة النظرية للمفاهيم والمتغيرات التي إشتملت عليها الدراسة.

٤- وضع الفروض في ضوء ماأسفرت عنه المفاهيم النظرية والدراسات السابقة.

٥- تحديد وإعداد الأدوات الخاصة بالدراسة والتأكد من الخصائص السيكومترية للأدوات.

٦- إختيار أفراد العينة من أطفال مركزالتدخل المبكرللطفولة، ومركزتواصل لذوي الإحتياجات الخاصة.

٧- تحليل البيانات وعمل المعالجة الإحصائية المناسبة.

٨- إستخلاص النتائج وتفسيرها ومناقشتها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة ذات الصلة بالدراسة الحالية.

٩- تقديم التوصيات والمقترحات في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية.

الفصل الثاني

الإطــار النظري والدراسات السابق

أولاً: صعوبات التعلم Learning Disabilities:

مقدمة.

١- تعريف صعوبات التعلم.

٢- نسبة انتشار ظاهرة صعوبات التعلم.

٣- خصائص الأطفال ذوى صعوبات التعلم.

٤- تصنيف صعوبات التعلم.

٥- صعوبات التعلم والمفاهيم المرتبطة بها.

٦- تشخيص صعوبات التعلم لدى أطفال الروضة.

٧- التخطيط العلاجي لصعوبات التعلم.

ثانياً: العلاج السلوكيBehavioral Therapy:

١- التطور التاريخي للعلاج السلوكي.

٢- تعريف العلاج السلوكي.

٣- الأسباب التي أدت إلى ظهور العلاج السلوكي.

٤- إجراءات العلاج السلوكي.

٥- مزايا وإيجابيات العلاج السلوكي.

٦- سلبيات وعيوب العلاج السلوكي.

٧- التصورات النظرية في مجال العلاج السلوكي.

٨- فنيات العلاج السلوكي.

ثالثاً: الألكسيزيميا Alexithymia:

١- تعريف الألكسيزيميا.

٢- خصائص الأفراد المصابين بالألكسيزيميا.

٣- الأصول النظرية للألكسيزيميا.

٤- أبعاد الألكسيزيميا.

٥- قياس وتشخيص الألكسيزيميا عند الأطفال.

٦- أسباب الألكسيزيميا.

٧- عواقب ونتائج الألكسيزيميا.

٨- نسبة انتشار الألكسيزيميا.

٩- أنواع الألكسيزيميا.

رابعاً: دور العلاج السلوكي في علاج الألكسيزيميا لدي ذوي صعوبات التعلم.

خامساً: فروض الدراسة.

الفصل الثاني

الإ قة

تعرض الباحثة في هذا الفصل لكلامن صعوبات التعلم من حيث التعريف، ونسبة الإنتشار، العوامل والأسباب، والخصائص، والتصنيف، والمفاهيم المرتبطة بها، وأهم المداخل النظرية، والتشخيص، والتخطيط العلاجي، ثم تعرض العلاج السلوكي من حيث التطورالتاريخي والتعريف والخصائص والأسباب والإجراءات والمزايا والسلبيات والتصورات النظرية والفنيات، ثم تعرض الألكسيزيميا من حيث التعريف وخصائص الأفراد المصابين بها والأصول النظرية وأبعادها، وقياسها وتشخيصهاوأسبابهاوعواقبها ونتائجها، ونسبة إنتشارها، وأنواعها، وأخيرا دور العلاج السلوكي في علاج الألكسيزيميا لدي ذوي صعوبات التعلم، وبيان ذلك فيما يلي:

أولا: صعوبات التعلم Learning Disabilities:

مقدمة:

ويعد مجال صعوبات التعلم Learning Difficulties من المجالات الهامة في ميدان التربية الخاصة، وقد بدأ الاهتمام بهذا الميدان في النصف الثاني من القرن الماضي في بداية الستينيات على وجه التحديد. ومصطلح صعوبات التعلم يعد من المصطلحات النفسية الحديثة نسبيا والتي جذبت انتباه العديد من الباحثين وخاصة في النصف الأخير من القرن العشرين عندما وجد بعض الباحثين فئة من الأطفال تختلف عن غيرهم العاديين ذوى الإعاقات الحسية، والانفعالية، والنفسية، أو العصبية فهم لايعانون من أي إعاقات بصرية أو سمعية أو عقلية أو انفعالية، ويتمتعون بنسبة ذكاء متوسطة أو فوق المتوسطة أو عالية، ومع ذلك أداؤهم الأكاديمي متدن في مادة أو أكثر ويجدون صعوبة في استخدام وفهم اللغة، ولا يتناسب ذلك مع إمكاناتهم. وعلى الرغم من أن صعوبات التعلم عرفت بالدرجة الأولى باعتبارها صعوبات أكاديمية، فإن العديد من المتخصصين يرون أن صعوبات التعلم ذات أساس نمائي (سليمان عبدالواحد، ٢٠١١، ١١).

ونظرا لأهمية صعوبات التعلم وإنتشارها فلم يحظ مجال في التربية الخاصة بل في التربية جميعها بالنمو السريع والاهتمام الكبير الذى ناله مجال صعوبات التعلم، فقد أصبح مجال اهتمام وجذب لانتباه العامة، كما يتضح ذلك في مقالات الصحف والمجلات، كما أن له وجودا في بعض برامج التليفزيون الأمريكى مثل برنامج"هل طفلك لديه صعوبة من صعوبات التعلم؟" (وليد كمال عفيفى، ١٩٩٦، ٢).

وفي إطار الحديث عن هذا الموضوع يجب التعرض للتعريفات الخاصة بصعوبات التعلم وكيف بدأ هذا المفهوم علي يد صموئيل كيرك (١٩٦٠) ولذلك سوف يتم العرض فيما يلي:

١- تعريف صعوبات التعلم:

تعد الحاجة إلى تعريف أكثر قبولا لمصطلح صعوبات التعلم أمرا جوهريا للدراسة في هذا المجال، فبدون هذا التعريف لايستطيع المتخصصون والمربون التعرف على من يعانون ومن لايعانون من صعوبات التعلم، وما إذا ماكانت هناك حالات يمكن اعتبارها صعوبات تعلم، ولذلك ظهرت حاجة المتخصصين في مجال صعوبات التعلم إلى وضع تعريف يلقى قبولا من ذوى التخصصات المختلفة في هذا المجال، حيث يعتبر" صموئيل كيرك" أول من استخدام مصطلح صعوبات التعلم (١٩٦٢)، حيث يشير به إلى أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم هم الأطفال الذين يظهرون اضطرابا أو تاخرا في واحدة وأكثر من العمليات النفسية الأساسية المرتبطة بالفهم واستخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة، وتظهر هذه الإضطرابات في شكل اضطرابات في الاستماع، أو التفكير، أو الكلام، أو القراءة، أو التهجى، أو الحساب، أو الموضوعات الدراسية الأخرى (كمال الشناوى، ٢٠٠٠، ١٥٣).

ولذلك جاءت محاولات أخري كثيرة بعد تعريف كيرك للتعريف بصعوبات التعلم ونذكرمنها التالي:

ذكر محمود عوض الله، أمل عبد المحسن (٢٠٠٩) أنهم التلاميذ ذوو الذكاء المتوسط أو فوق المتوسط، والذين يظهرون تباعداً واضحاً بين أدائهم المتوقع (كما يقاس بإختبارات الذكاء) وأدائهم الفعلى (كما يقاس بإختبارات التحصيل)، ويكون مستواهم التحصيلى الفعلى أقل من مستوى أقرانهم العاديين، ويستبعد من هؤلاء ذوى الإعاقات (البصرية- السمعية- الحركية)، والمضطربين إنفعاليا، والذين يتمتعون بمستوى إجتماعى وإقتصادى مماثل لمستوى أقرانهم العاديين (محمود عوض الله، أمل عبد المحسن، ٢٠٠٩، ٣٤٠).

وقد عرف بطرس حافظ (٢٠٠٨) صعوبات التعلم بأنها" انخفاض في أداء الطفل بالمقارنة بالزملاء العاديين، مع التمتع بذكاء متوسط أو فوق المتوسط إلا أنهم يظهرون صعوبة في بعض العمليات المتصلة بالتعلم كالفهم، أو التفكير، أو الإدراك، أو الانتباه، أو القراءة، أو الكتابة، أو التهجى، أو النطق، أ وإجراء العمليات الحسابية" (بطرس حافظ، ٢٠٠٨، ٢٣).

كما اعتبر نبيل حافظ (٢٠٠٤) الأطفال ذوى صعوبات التعلم هم الذين يظهرون تباعد واضحا بين أدائهم المتوقع كما يقاس باختبار الذكاء وأدائهم الفعلى، كما تقاس بالاختبار التحصيلى في مجال أو أكثر بالمقارنة بأقرانهم في نفس العمر الزمنى والمستوى العقلى والصف الدراسى ويستثنى من هؤلاء الأطفال ذوى الإعاقات الحسية سواء كلنت سمعية أو بصرية أو حركية، وكذلك المتأخرين عقليا والمضطربين انفعاليا والمحرومين ثقافياً (نبيل حافظ، ٢٠٠٤، ١).

كما يعرف محمود منسى (٢٠٠٣) الأطفال ذوى صعوبات التعلم بأنهم مجموعة الأطفال الذين لايستطيعون الإستفادة من خبرات أو أنشطة التعلم المتاحة داخل الفصل الدراسى وخارجه، ولا يستطيعون الوصول إلى مستوى الاتقان الذى يمكنهم التوصل إليه، ويستبعد من هؤلاء الأطفال المتخلفون عقليا والمعاقون جسيما والمصابون بأمراض وعيوب السمع والبصر، وتظهر عليهم عدة أعراض أساسية أهمها: [ضعف مستوى الإتقان في المهارات، البطء في اكتساب المهارات أو المعلومات أو حل المشكلات على الأقران في نفس الفصل، عدم اطراد النموالتتابعى في التعلم أى الاضطراب في سير التعلم والتعرض للتذبذبات الشديدة ارتفاعا وانخفاضا في الأداء، الإحساس بالعجز والشعور بالنقص لعدم القدرة على الوصول لمستوى الأقران في الفصل] (محمود منسى، ٢٠٠٣، ٢٤٣).

وعرفها Malone R. (2001) على أنها عبارة عن ضعف أكاديمى يرجع إلى قصور نمائى في القدرة على التركيز والانتباه نحو موضوع معين على أن يكون مستوى أداء الذكاء في المتوسط على الأقل ويتطلب للطفل هنا طرق خاصة للتعلم حتى يتمكن من استخدام كامل قدرته العقلية الكامنة لديه (Malone, R., 2001, 91).

فصعوبة التعلم المحددة تعنى اضطرابا في عملية أو أكثر العمليات السيكولوجية الأساسية المنغمسة في فهم اللغة المنطوقة، والمكتوبة، واستخدامها، والذى قد يظهر في قدرة غير تامة على الإصغاء والتفكير، والتحث، والقراءة، والكتابة والهجاء، والقيام بالعمليات الحسابية الرياضية.والتي تتضمن استبعاد شروطا وحالات مثل: الإعاقات الإدراكية، التلف الدماغى، الخلل الوظيفى المخى، وعسر القراءة، والحبسة النمائية ويضم الأطفال الذين لديهم مشكلات تعلم ناتجة أساسا عن إعاقات بصرية، أو سمعية، أو حركية، أو تأخر عقلى، أو اضطراب انفعالى، أو حرمان بيئى، أو ثقافى، أو اقتصادى (جابر عبد الحميد، ٢٠٠١، ٢٣١).

هذا وتعتبر اضطرابات التعلم فرعا ثانويا من اضطرابات النمو في الطفولة، وكلمة النمو تشير إلى استمرارية الاضطراب بالرغم من تقدم العمر، وطبقا لذلك لابد من وجود انحراف في النمو كدليل لوجود سوء تكيف لدى الطفل، أو عدم التساوى مع الأطفال الآخرين في الكفاءة النمائية. هذا وتتضمن اضطرابات التعلم: اضطرابات في القراءة، والحساب، والتعبير الكتابى، وهذه الأنواع الثلاثة من الاضطرابات تعرف طبقا لعدة محكات تشخيصية رئيسية تشمل وجود خلل كبير واضح في الانجاز أو التحصيل في المجال الدراسى، ويعبر عن تأثير معايير مرضية مشتركة، حيث يكون انجاز الطفل في الاختبارات المقننة الفردية في القراءة أو الحساب أو التعبير الكتابى دون المتوقع بالنسبة لعمره ولخبرته المدرسية ولذكائه (حسن عبد المعطى، ٢٠٠١، ١٩٢)، حيث أن ذوى صعوبات التعلم هم: الأطفال الذين يظهرون تباينا في أدائهم العقلى وأدائهم المتوقع في ضوء قدراتهم العقلية (صفاء محمد البحيرى،

٢٠٠١، ١٥) ، كما عرف فتحى مصطفى الزيات (١٩٩٨) صعوبات التعلم بأنها" تباعد دال إحصائيا بين تحصيل الطفل وقدرته العقلية العامة في واحدة أو أكثر من المجالات التالية: التعبير الشفوى والتعبير الكتابى أو الاستماعى أو الفهم القرائى أو المهارات الأساسية أو الاستدلال الحسابى أو المنهجى، ويتحقق شرط التباعد الدال عندما يكون مستوى تحصيل الطفل في واحدة أو أكثر من هذه المجالات هو ٥٠% أو أقل من تحصيلة المتوقع، وذلك إذا ما أخذنا في الاعتبار العمر الزمنى والخبرات التعليمية المختلفة لهذا الطفل (فتحى مصطفى الزيات، ١٩٩٨، ٨٥)".

وقدم أحمد عواد (١٩٩٧) تعريفاً إجرائياً لصعوبات التعلم ينص على أنها" مصطلح عام يصف مجموعة من التلاميذ في الفصل الدراسى العادى يظهرون إنخفاضاً في التحصيل الدراسى عن زملائهم العاديين مع أنهم يتمتعون بذكاء عادى أو فوق المتوسط، إلا أنهم يظهرون صعوبة في بعض العمليات المتصلة بالتعلم كالفهم، أو التفكير، أو الإدراك، أو الإنتباه، أو القراءة، أو الكتابة، أو التهجى، أو النطق، أو إجراء العمليات الحسابية، أو في المهارات المتصلة بكل من العمليات السابقة، ويستبعد من حالات صعوبات التعلم ذوو الإعاقة العقلية والمضطربون إنفعالياً، والمصابون بأمراض وعيوب السمع والبصر، وذوو الإعاقات المتعددة، وذلك حيث إعاقاتهم قد تكون سبباً مباشراً للصعوبات التى يعانون منها"، ويعد التعريف السابق أكثر عمومية وشمولاً، حيث ركز على ثلاثة محكات تشخيص وهى: محك التباعد، ومحك الإستبعاد، ومحك نسبة الذكاء، كما أنه أدرج صعوبات الفهم القرائى والتفكير ضمن العمليات المتصلة بالتعلم؛ حيث يستخدم مفهوم الصعوبات الخاصة في التعليم ليضم مجموعة غير متجانسة من الأطفال الذين لايتواءمون تماما مع الفئات التقليدية المعروفة بالأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، حيث يوجد عدد كبير من الأطفال الذين يتخلفون في تعلم الكلام، أو الذين لاتكون لديهم سهولة في استخدام اللغة أو لاتنمو لديهم المدركات البصرية، أو السمعية بشكل عادى، أو الذين يعانون صعوبة باللغة في تعلم القراءة والهجاء أو الكتابة، أو القيام ببعض العمليات الحسابية، فهم ليسوا بالصم، وهم أيضا ليسوا مكفوفين، أولئك يكونون مجموعة متباينة وغير متجانسة، ويفشلون في التعلم لأسباب مختلفة، الإأنهم يجمع بينهم مظهر واحد، وهو التباعد في نمو القدرات ونظرا لخاصية عدم التجانس التى تتميز بها هذه المجموعة من الأطفال واجه مفهوم الصعوبات الخاصة في التعلم مشكلات فيما يتعلق بالتعريف تبدو واضحة عندما نقوم باستعرلض المسميات العديدة التى أطلقت على هذه الفئة من جانب المتخصصين في الطب النفسى، وعلماء الفسيولوجيا، وعلماء النفس، وأخصائى عيوب النطق، ولالمربين، فلقد تعددت وجهات النظر حول هذه المشكلة (أحمد عواد، ١٩٩٧، ٧٥).

ومن العرض السابق وبتعدد مفهوم صعوبات التعلم، فهناك من اهتم في تعريفه بالجوانب التربوية والذى يعتمد على نمو القدرات العقلية بطريقة غيرمنتظمة، ويظهر ذلك في صورة عجز نمائى وأكاديمى وذلك من خلال عدم القدرة على الانتباه والتركيز والإدراك، وكذلك عدم القدرة على تعلم الكلام والقراءة والكتابة والهجاء والحساب في حين أن الأسباب لاترجع إلى جوانب عقلية أو حسية، وتركز هذه التعريفات على الاختلاف بين ماهو متوقع من أداء الأطفال في الأنشطة ونمو المفاهيم وما يحدث بالفعل لديهم ومنهم (بطرس حافظ، ٢٠٠٨) (فتحى الزيات، ١٩٩٨) (محمود عوض الله وأخرون، ٢٠٠٦) (نبيل حافظ ٢٠٠٤) ، وعلى الرغم من الاختلافات بين التعريفات الخاصة بصعوبات التعلم، الإ هناك بعض النقاط المشتركة بين هذه التعريفات ومنها: تعتبر صعوبات التعلم ذات طبيعة خاصة وليست ناتجة عن حالة إعاقة كالتخلف العقلى، أو الإعاقة الجسمية أو الانفعالية، المشكلات البيئية، الطفل الذى يعانى منها لديه شكل من أشكال التباعد أو الانحراف في إطار نموه الذاتى في القدرات كما هو الحال في جوانب الضعف والقصور، صعوبات التعلم التى يعانى منها الطفل ذات طبيعة سلوكية كالتفكير، أو تكوين المفاهيم أو التذكر، أو النطق، أو اللغة، أو التهجى، أو الحساب، وما قد يرتبط بها من مهارات (جابر عبد الحميد جابر، ١٩٩٨، ٣٥).

تعقيب:

ترى الباحثة أن تعريفات مفهوم صعوبات التعلم بتعددها واختلافها تقف على عناصر أساسية تم تحديدها فيما يلى:

أولا: ضعف الأداءالنمائى والأكاديمى لدى الأفراد ذوى صعوبات التعلم باختلاف أعمارهم.

ثانيا: استبعاد ذوى مشكلات التعلم الناتجة عن الإعاقة العقلية أو الجسمية أو الحرمان البيئى وذوى مشكلات التعلم باعتبارها نتيجة للاضطرابات السلوكية والانفعالية.

ثالثا: وجود اضطراب في العمليات النفسية الأساسية أو عمليات التعلم بصفة عامة أو الخلل في النظام العصبى المركزى والذى يؤثر بدوره بدرجة فعالة في أداء الأفراد نمائيا وأكاديميا.

رابعا: تحديد زمن حدوث صعوبات التعلم في مرحلة الطفولة.

ومن التعريفات السابقة استطاعت الباحثة استخلاص التعريف الإجرائي الأتي:

تعرف الباحثة"صعوبات التعلم"إجرائيا في الدراسة الحالية بأنها مصطلح يخص فئة الأطفال ذوي الذكاءالعادي وما فوق المتوسط، حيث يصف عدة مشكلات مجتمعة سواء كانت هذه المشكلات معرفية نمائية خاصة بـ (الإنتباه، الإدراك، الذاكرة، التفكير، حل المشكلات)، وأيضا المشكلات الأكاديمية المتعلقة بـ (القراءة، الفهم القرائي، معالجة العمليات الرياضية، الإستدلال الرياضى، التعبير

الشفهي/ الكتابى، الفهم السمعى) وكذلك يخص المشكلات المرتبطة بالسلوك الإجتماعى الإنفعالى (الضبط الذاتى، فرط النشاط، التشتت، الحيرة، التردد، الإرتباك، ضعف دافعية الإنجاز) مما يؤدي إلي ضعف في التحصيل والإنجاز مقارنه بذويهم الذين هم في نفس العمر، شرط عدم وجود أي إعاقات أخري مصاحبة للصعوبة.

٢- <u>نسبة انتشار ظاهرة صعوبات التعلم:</u>

من المعروف أن تحديد نسبة انتشار أى فئة من الأطفال في المجتمع تتأثر بكثير من العوامل أهمها، الأساليب، والأدوات المستخدمة في التعرف على أفرادها، وينطبق ذلك بصورة واضحة على صعوبات التعلم، ويبدو أن اختلاف المتخصصين في تحديد مفهوم صعوبات التعلم يعتبر من أهم أسباب انتشار هؤلاء لأطفال بدقة (عبد العزيز الشخص وأخرون، ٢٠٠٦، ٨٨)، ففى المجتمع المصرى حاولت بعض الدراسات تحديد نسبة صعوبات التعلم في مرحلة ماقبل المدرسة، ومن هذه الدراسات دراسة أحمد عواد (١٩٩٤) والتى أوضحت أن نسبة انتشار صعوبات التعلم في مرحلة ماقبل المدرسة تقدر بحوالى (٥.٨٦%)، ودراسة جمال عطية فايد (٢٠٠١) التى أوضحت أن نسبة صعوبات التعلم لدى هؤلاء الأطفال تتراوح مابين (٣- ٢٨%)، كما أشارت دراسة عادل عبدالله، (٢٠٠٥) والتى أجريت على عينة من أطفال ماقبل المدرسة أن نسبة صعوبات التعلم في هذه المرحلة تصل إلى (٥.٦٧%). كما أشارت دراسة هويدا حنفى (١٩٩٢، ٢٥) إلى أن نسبة انتشار صعوبات التعلم في الحساب بين التلاميذ وتلميذات الصف الرابع الابتدائى ٣٩.١٣%، وأن نسبة شيوع صعوبات التعلم في القراءة ١٦.٥% والكتابة ١٨.٨%، حيث تختلف معدلات انتشار صعوبات التعلم حسب الدراسات المختلفة في دول العالم، وهذا الاختلاف ينبع من اختلاف المحكات المستخدمة في هذه الدراسات واختلاف المجتمعات التى أجريت عليها، الإأنها جميعها تشير إلى كبر حجم المشكلة مقارنة بالإعاقات الأخرى، مما يشير إلى ضرورة الاهتمام بها ودراستها. وفما يتعلق بنسبة انتشار ذوى صعوبات التعلم في نظرية التعليم المصرية أشارت دراسة مصطفى كامل (١٩٨٨) إلى أن نسبة الصعوبات في القراءة بلغت (٢٦%) وفى الكتابة (٢٨.٤%) (هند عصام العزازي، ٢٠١٤، ١٧).

كما أظهرت دراسة السيد عبد الحميد (١٩٩٢) التى أجريت على بعض تلاميذ المرحلة الإعدادية أن نسبة انتشار صعوبات التعلم (٥٧.٤%، وفى دراسة عبد الناصر أنيس (١٩٩٣) أوضحت نتائجها أن نسبة صعوبات التعلم في القراءة (١٦.٥%) والكتابة (١٨.٨%) والحساب (٣.٥%)، بينما توصلت دراسة فتحى الزيات (٢٠٠٠) إلى أن نسبة صعوبات التعلم لدى طلاب المرحلة الجامعية لا تقل عن (٢٥%)، ويذكر جابر عبد الحميد (٢٠٠١، ٢٤٧) أنه في عام ١٩٩٤ قد تم تقدير حوالى (٤%- ٥%) من الأطفال ذوى صعوبات تعلم وأن (٨٠%) من هؤلاء الأطفال لديهم قصور في القراءة، كما

توصلت دراسة عفاف عجلان (٢٠٠٢) إلى أن نسبة انتشار صعوبات التعلم قد بلغت (٦.٤%)، كما أوضحت أن نسبة صعوبات التعلم تنخفض عن النسب التى حددتها بعض الدراسات كلما زاد في عدد المحكات المستخدمة في تحديد ذوى صعوبات التعلم (سليمان عبد الواحد، ٢٠١٠: ٤٥).

كما يشير تقرير منظمة الصحة العالمية: Child Trends of the national Health Interview Surveys (2006) إلي أن نسبة الأطفال الذين حددوا بأن لديهم صعوبات تعلم في الفترة مابين (١٩٩٧- ٢٠٠٤) تروحت مابين (٨: ٧%)، بينما كانت النسبة (٨%) فى عام (٢٠٠٤)، وذلك بالنسبة للأطفال في المرحلة العمرية من (١٧: ٣%) عاماً، وكانت النسبة (١٠%) بالنسبة للذكور، (٦%) للإناث.

كما أشار التقرير أن نسبة الأطفال ذوى صعوبات التعلم في ضوء عمل الطفل كانت كالاتى:

(٣%) للأطفال في المرحلة العمرية، من (٤: ٣) سنوات، وهى مايطلق عليها صعوبات التعلم النمائية، (٨%) للأطفال في المرحلة العمرية، من (١١: ٥) عاما، (١١%) للأطفال في المرحلة العمرية، من (١٧: ١٢) عاما، وأيضا أشار التقرير أن نسبة الأطفال الذين حددوا بأن لديهم صعوبات تعلم وفقا للمستوى التعليمى للاباء، كانت كالتالى: (٦%) أطفال لاباء حاصلين على مؤهل عال أو دراسات عليا، (٩: ٨%) أطفال للاباء أقل في المستوى التعليمى عن الفئة السابقة، كما أشار التقرير إلى أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم ويعيشون في أسر تعطيهم دعم مادى أكثر (مستوى اقتصادى مرتفع) كانت نسبتهم (١٦%)، مقارنة بما هو نسبته (٨%) لأطفال يعيشون في أسر تعطيهم دعم مادى أقل (مستوى اقتصادى منخفض) (أحمد عواد، ٢٠١١.١٩- ٢٠).

ومما سبق يتضح أن نسبة صعوبات التعلم تظهر بصورة واضحة في مرحلة ماقبل المدرسة ويرجع التفاوت في هذه النسب إلى البيئة الاجتماعية والمستوى الثقافى للأسرة حيث كلما ارتفع المستوى الثقافى يمكن الاكتشاف المبكر لصعوبات التعلم، وأيضا نسبة انتشار صعوبات التعلم تظهر بصورة واضحة وخاصة في مهارات ما قبل القراءة والكتابة والحساب، في مرحلة الروضة مما يتطلب دراسة هذه الفئة والاهتمام بها حتى يمكن تشخيصها وعلاجها في بدايتها.

وطبقا لمعايير أومحكات التشخيص لصعوبات التعلم تتراوح نسبة الانتشار مابين ٥% إلى ٦% من اجمالى السكان في عمر المدرسة (حازم عبد العال، ٢٠١٣، ٢٣). وفى الجامعات نسبة انتشارصعوبات التعلم قليلة جدا فاعتمادا على دراسة مسحية تمت في الفترة من ١٩٩٥إلى ١٩٩٨ فإن النسبة تراوحت بين٢% إلى ٤% فقط (Robert L, Mapou, 2009, 17).

ومن الدراسات التى اهتمت بنسبة انتشار ذوى صعوبات التعلم في الدول العربية دراسة فيصل محمد خير الرزاد (١٩٩١) حيث قام الباحث بدراسة للتعرف على التلاميذ الذين يعانون من صعوبات التعلم، وتحديد الصعوبات النمائية والأكاديمية ومعرفة ما إذا كانت هذه الصعوبات تختلف باختلاف المستويات الدراسية والجنس وكانت عينة الدراسة عينة طبقية عشوائية من تلاميذ المرحلة الابتدائية بدولة الإمارات العربية قوامها ٥٠٠ تلميذ وتلميذه وتم التوصل إلى أن ٦٧ تلميذا وتلميذة يعانون فعلاً من صعوبات في التعلم بنسبة ٧.١٣% من العينة الأصلية. وكانت أدوات الدراسة هى دليل المعلم لتحديد صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية، اختبار الذكاء المصور، كشوف درجات التحصيل الدراسى، البطاقة المدرسية– السجل الصحى، وأوضحت النتائج أن:

- نسبة الذكور الذين يعانون من صعوبات تعلم٦٤.١٥%– نسبة الإناث ٢٨.١١%، نسبة انتشار التلاميذ الذين يعانون من صعوبات التعلم تختلف باختلاف الصف الدراسى، الصعوبات المتعلقة بالكلام تأتى في مقمة الصعوبات النمائية يلى ذلك الصعوبات المتعلقة بالمدركات الحسية– الحركية ثم صعوبات الانتباه والتركيز ثم صعوبات الذاكرة، وقد جاءت الصعوبة المتعلقة بالحساب في مقدمةالصعوبات الأكاديمية.
- كما أشارت دراسة عادل عبدالله، (٢٠٠٥) والتى أجريت على عينة من أطفال ماقبل المدرسة أن نسبة صعوبات التعلم في هذه المرحلة تصل إلى (٥.٦٧%)، كما ذكر عادل عبد الله أن نسبة انتشار صعوبات التعلم بين الذكور والإناث إلى (١: ٣) (عادل عبدالله، ٢٠٠٦، ٤٩– ٥٠)، وتعد صعوبات القراءة أكثر الصعوبات النوعية انتشارا حيث تبلغ نسبة انتشارها إلى مايقرب من ٨٠%من اجمالى الأطفال ذوى صعوبات التعلم، أما صعوبات الحساب فتقدر نسبة انتشارها إلى ب١% إلى ٦%، أما صعوبات الكتابة تقدر ب أقل من ١٠% من الأطفال في المدارس، بينما صعوبات التعلم الغير لفظية تقدر نسبة انتشارها ب١% إلى ١٠%من الذين يعانون من صعوبات التعلم (Robert L., Mapou, 2009, 17). وتتضح نسبة انتشار صعوبات التعلم لدى أطفال الروضةفي صعوبات الفهم السماعى والذاكرة بنسبة٦٣.٣٧%، ونسبة صعوبات اللغة المنطوقة هى ٥٣.٥٠%، أما التوجه (الزمانى والمكانى) فكانت نسبته ٥٣.٥٠% والتازر الحركى ٢٤.٣٩%، وأخيرا نسبة السلوك الشخصى الاجتماعى هى ٩٨.٥٦% (جمال عطية، ٢٠٠١، ٣٤).

يشير مكتب التربية الأمريكى الصادر سنة ١٩٨٨ إلى أن نسبة انتشارصعوبات التعلم الخاصة أو النوعية في التعلم يتراوح من٤: ٧% من مجمل أطفال المدارس في الولايات المتحدة الأمريكية، بينما تبلغ نسبة انتشار صعوبات التعلم النمائية حوالى ٤% من مجمل أعداد أطفال ماقبل المدرسة الذين تتراوح أعمارهم من ثلاث إلى خمس سنوات (السيد عبد الحميد، ٢٠٠٨، ١٠٢).

وقد أجرى أحمد عواد (١٩٩٤) دراسة هدفت إلى التعرف على صعوبات التعلم النمائية التى تواجه أطفال ماقبل المدرسة، وتألفت عينة الدراسة من ٤٦٨طفلا من أطفال الروضة بمحافظة القليوبية منهم ٢٥٨طفلا من الذكور، ٢٢٠طفلا من الأنلث تراوحت أعمارهم بين ٥- ٦.٢ سنة وقد أسفرت النتائج عن شيوع صعوبات التعلم النمائية لدى أطفال ماقبل المدرسة، وكانت نسبة الأطفال الذين يعانون من هذه الصعوبات ٥.٨٦% من العينة الكلية، وكانت أكثر الأنماط شيوعا بين الأطفال في الصعوبات المعرفية بنسبة١٢.٣٤%ومظاهرها (حل المشكلات، الانتباه، التمييز، صعوبات الذاكرة، تشكيل المفهوم، التكامل بين الحواس) ثم الصعوبات اللغوية بنسبة ٨.٣٧% ومظاهرها (اللغة الشفوية، التفكير السمعى، الاستقبال السمعى) بينما بلغت نسبة الصعوبات البصرية- الحركية ٧.٩٥%حيث جاءت في المرتبة الثالثة ومن مظاهرها (أداء مهارات حركية كبيرة تعكس التناسق العضلى، أداء مهارات حركية دقيقة) بينما كانت نسبة الذكور الذين يعانون من صعوبات التعلم النمائية أكبر من نسبة الإناث حيث بلغت ٦.٢% للذكور، ٥.٤٥%للإناث، وتبدأ عملية تعرف الطفل الذى لدية صعوبة تعلم، عندما تكون المشكلات الدراسية لديه شديدة وواضحة بدرجة مرتفعة تدفع معلمته للتقييم.

ويقدم مكتب التربية في الولايات المتحدة الأمريكية بعض الإرشادت والتعليمات التى يجب اتباعها لتديد صعوبات التعلم، جزء من القانون العام الصادر في عام ١٩٧٥م ٩٤- ١٤٢ (Federal Register, 1977, 65083)، (والمعروف بقانون التعليم لجميع الاطفال المعاقيين The education for All Handicapped Childern هذا القانون تم تغيير اسمه في عام١٩٩٠ ليصبح قانون التعليم للأفراد المعاقين (IDEA) The Education for All Handicapped (مع إضافة بعض الخدمات الضرورية)، وفيما يلى عرض لتلك الإرشادات:

١- يجب على فريق التقييم التقرير بأن لدى الطفل صعوبة في التعلم إذا:

أ- لم يكن مستوى تحصيله مناسبا لعمره الزمنى وقدراته عندما يتم تزويده بالمعارف والجرعات التربوية والتعليمية الملائمة، فى واحدة أو أكثر من المجالات الأكاديمية السبعة التالية: التعبير الشفهى، الاستيعاب من خلال القراءة، الاستيعاب من خلال الاستماع، التعبير الكتابى، مهارات القراءة الأساسية، العمليات الحسابية، الاستدلال الرياضى.

ب- كان هناك تفاوت شديد بين قدرات الطفل العقلية وتحيله الأكاديمى في واحدة أو أكثر من المجالات السبعة السابق ذكرها.

٢- يجب على فريق التقييم متعد التخصصات ألا يقرر بأن لدى الطفل صعوبات تعلم إذا كان التفاوت الشديد بين القدرات والتحصيل ناتجا في الأصل عن أى مما يلى:

الإعاقة البصرية. أو السمعية، أو الحركية، التخلف العقلى، الإعاقة الانفعالية، الظروف البيئية، الثقافية، أو الاقتصادية غير الملائمة (زين البتال، ٢٠٠١، ١٨٦– ١٨٧).

وتشير دراسة Sarah Bernard (2009) (بأن هناك مجموعة كبيرة من الأدلة تثبت أن الأطفال والمراهقين في خطر بسبب تطور الصعوبات النفسية والسلوكية لديهم (Sarah Bernard, 2009, 388)، وكذلك وجدت E. Emerson, Hatton (2008) في دراسة كبيرة لها مكونة من ١٨٠٠٠ طفل تتراوح أعمارهم بين ٥– ١٥ سنة، زيادة معلات جميع الاضطرابات النفسية.

ويتضح من العرض السابق الإختلاف في تحديد نسبة انتشار صعوبات التعلم ويرجع ذلك إلى:

١– عدم وجود تعريف واحد متفق عليه من قبل المختصين في هذا المجال.

٢– استخدام الباحثين لمعايير ومحكات تشخيصية مختلفة.

٣– ندرة المقاييس الأدائية المصممة للكشف عن صعوبات التعلم التى يتم اجراؤاها على الطفل حيث أن معظم المقاييس تتمثل في عبارات يجيب عليها المتعاملون مع الطفل (الأسرة– المدرسون).

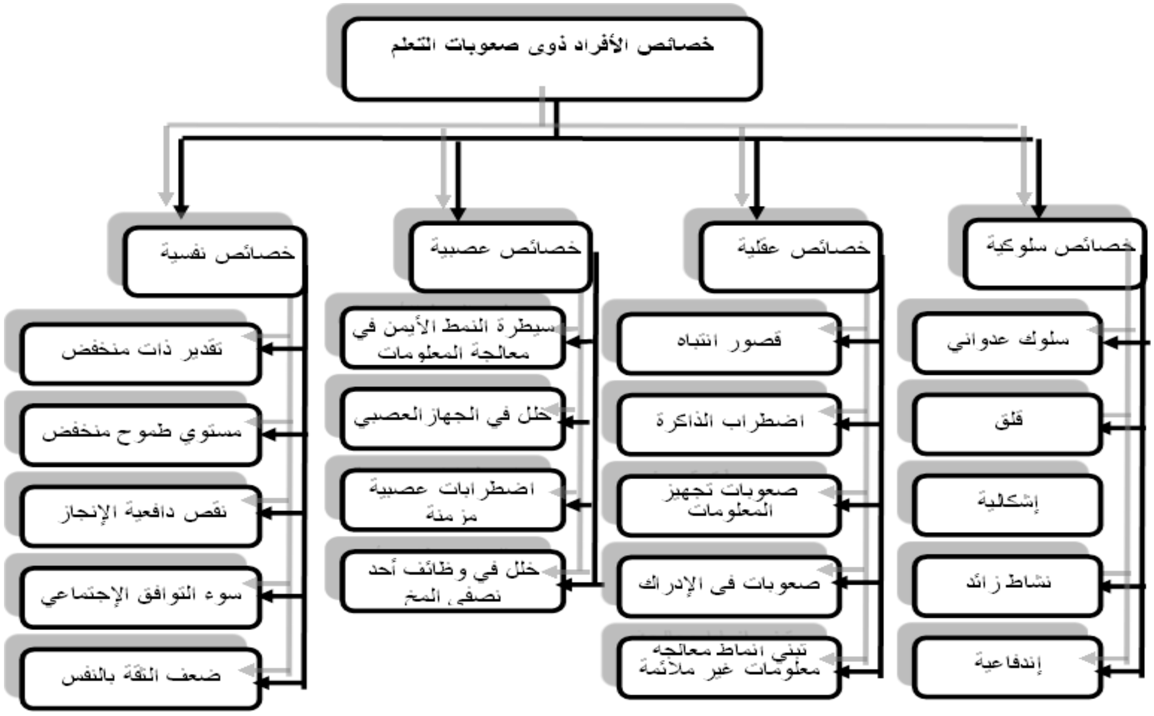
- اختلاف أعمار التلاميذ من بيئة تعلمية أخرى فالتلاميذ في التعليم الخاص في الأغلب أصغر سنا من تلاميذ نفص المستوى التعليمى في التعليم العام.

٣– **خصائص الأطفال ذوى صعوبات التعلم:**

إن تحديد الخصائص الفارقة بين الأطفال ذوى صعوبات التعلم والعاديين يعد أمرا مهما، إذ من شأنه أن يسهل ويساعد المتخصصين عل فهم وتحديد وتصنيف هؤلاء الفئة ووضع الخطط العلاجية لهم وعملية تجميع خصائص بعينها لتلك الفئة أمر لايحظى باتفاق تام بين العلماء الإإنه قد حاول البعض سرد خصائص لهم، وذلك بعد تحليل التراث النظرى ونتائج الدراسات الخاصة بهذه الفئة (السيد عبد الحميد سليمان، ٢٠٠٣، ٢٣٤).

كما أنه من الممكن أن لاتنطبق خصائص ذوى صعوبات التعلم فقط على هذه الفئة ولكنها توجد لدى الطفل العادى ولكنها تبدو أشد وضوحا وأكثر تكرار لدى الطفل ذى صعوبة التعلم، وتتعكس تلك الخصائص على سلوكه، وليس بالضرورة أن تنعكس جميعها (محمود سالم واخرون، ٢٠٠٦، ٣٠).

ولذلك فقد أورد السيد عبدالحميد سليمان (٢٠١٠) الخصائص الأتية لصعوبات التعلم كما يوضحها الشكل التالي:



شكل (١)

خصائص الأفراد ذوى صعوبات التعلم

فهذه الخصائص يمكن للمعلمة ملاحظتها بدقة عند مراقبة الطفل في المواقف المتنوعة والمتكررة، حيث أن تحديد الخصائص الفارقة بين الأفراد ذوى صعوبات التعلم وأقرانهم العاديين، يعد من الأهمية بمكان، إذا من شأنه أن يساعد الباحثين والمشتغلين بمجال صعوبات التعلم في فهم، وتحديد، وتشخيص هؤلاء الأفراد، ومن ثم تقديم الخدمات التى تتغلب على صعوباتهم في ضوء خصائصهم. ولقد اهتم العديد من الباحثين بتحديد خصائص الأفراد الذين يعانون من صعوبات التعلم، والتى يظهر تأثيرها واضحا على مستوى تقدم الفرد في المدرسة، وصنفت خصائص الأطفال ذوى صعوبات التعلم تبعا لجوانب النمو على النحو التالى:

أ- الخصائص السلوكية:

اتفق كل من (العيسوى٨٣، ٢٠٠٤)، (أنور الشرقاوي، ٢٠٠٦)، (الباطينة، ٧١، ٢٠٠٩) (Kalyava & Efrosinim 2009, 192- 202) على أن الأطفال ذوى صعوبات التعلم يتميزوا بالكثير من الخصائص السلوكية التى تمثل إنحرافا عن السلوك السوى لأقرانهم العاديين، ويظهر تأثير هذه الخصائص على تقدم الطفل في المدرسة، ويمكن للمعلمة والأسرة ملاحظتها بدقة عند مراقبة الطفل في المواقف المتنوعة والمتكررة ومن أهم الخصائص مايلى:

العدوانيــة، القلــق، الإندفاعيــة والتــوتر – العجــز عــن مســايرة الأقــران، الآعتمــاد علــى الآخــرين والإتكالية، النشاط الحركى الزائد (المفرط بدون مبرر)، القابلية للتشتت.

ب- الخصائص العقلية والمعرفية:

كمـا اتفـق (مفلـح، ٢٠٠٥، ٣٥)، (مصـطفي نـورى، خليـل المعايطـة، ٢٠٠٧)، (خالـد زيـادة، ٢٠٠٨، ٤١١)، (Blood & Gordow, 2009, 131-141) فى أن هؤلاء التلاميذ يتميزون عن غيرهم بوجود عدة خصائص، ومن أهمها مايلى: (انخفاض كفاءة أو مستوى عمليات الانتباه وقصور التازر الحسى، اضطراب واضحة في العمليات العقلية المعرفية مثل الإدراك، الانتباه والذاكرة، صعوبة واضحة في تحويل وتشفير وتجهيز المعلومات، تبنى أنماط معالجة معلومات غير مناسبة لمتطلبات حجرة الدراسة تتدخل وتؤثر سلبا على مقدار تعلمهم للمهام الدراسية).

ج- الخصائص النفسية:

كمـا يوضـح (يوسـف، غنـايم، ٢٠٠٥، ٦٤)، (بـدوى، ١٥٠، ٢٠٠٨)، (علـى شـريت، ٢٠٠٦، ٤٦) أن التلاميذ ذوى صعوبات التعلم يتميزون بالخصائص النفسية التالية:

- – انخفـاض مفهـوم الـذات، انخفـاض تقـدير الـذات، انخفـاض الدافعيـة للأنجـاز، انخفـاض مسـتوى الطموح، قلة تنظيم الذات (خالد زيادة، ٢٠٠٨، ١٠٤).

د- الخصائص الأجتماعية واللغوية:

تعد الخصائص الإجتماعية الإيجابية محكاً هاماً يسهم في الحكم على الإنسان السوى، واتفق كل من: (أشرف عبد الحميد، ٢٠٠٨، ١٩٨)، (عبد المنعم الميلادى، ٢٠٠٨)، (Goswami & Musha, 2009, 176-140)، (أشرف غزال، ٢٠١٢، ٦٧) أنهم يتسمون بعدة خصائص تميزهم عن غيرهم مثل:

- انخفاض الذكاء الإجتماعى ومهارات الإتصال اللفظى وغير اللفظى.
- الإعتماد على الآخرين وضعف الثقة بالنفس، لديهم صعوبات في اكتساب أصدقاء جدد، وقصور في المهارات والكفاءة الإجتماعية، سوء التوافق الإجتماعى.

فى ضوء ماسبق نجد أن الأطفال ذوى صعوبات التعلم لايعانون فقط من انخفاض في مستوى الإنجاز، أو في الجانب الدراسى فقط؛ بل تنعكس هذه الآثار على على الجوانب الإجتماعية والعقلية، والنفسية؛ ونظرا للزيادة في نسبة الأطفال ذوى صعوبات التعلم فإن ذلك يدعو بالضرورة إلى سرعة الكشف عن هؤلاء الأطفال محاولة التدخل المبكر لمساعدتهم على إجتياز هذه الصعوبات.

٤- **تصنيف صعوبات التعلم:**

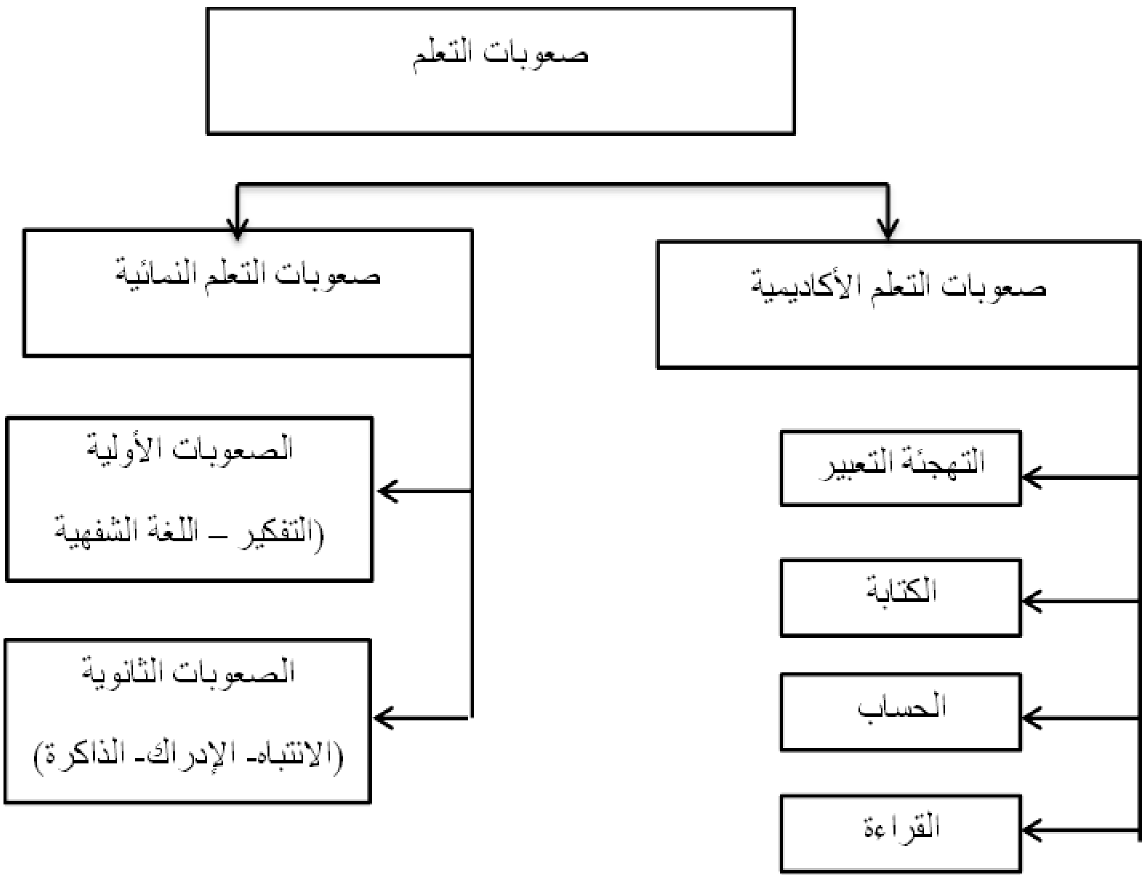
يعد تصنيف الصعوبات على أساس الصعوبات النمائية والصعوبات أكاديمية من أكثر التصنيفات تداولا ولذلك يكاد يكون هناك اتفاق بين المتحصصين والمشتغلين بمجال صعوبات التعلم على تصنيف هذه الصعوبات تحت تصنيفين رئيسيين هما:

- **صعوبات التعلم النمائيه** Developmenal Learning Disababilities وتتضمن صعوبات الذاكرة والانتباه والتفكير والادراك واللغة- صعوبات التعلم الأكاديمية Academic Learning Disabilities وتتضمن الكتابة والحساب والتهجى (فتحى الزيات، ١٩٩٨، ١١).

وهناك من قام بتقسيمها علي النحوالتالي:

- **صعوبات تعلم أولية:** وتتعلق بالعمليات التالية: الانتباه- الإدراك- الذاكرة- صعوبات تعلم ثانوية: وتتعلق بالعمليات التالية: التفكير- الكلام الفهم- اللغة الشفوية (Trissler, T., 2005, 650).

يصنف كيرك وكالفنت صعوبات التعلم علي النحو التالي كما يتضح من الشكل (٢):



شكل (٢)

تصنيف صعوبات التعلم لكيرك وكالفنت (كيرك وكالفنت، ١٩٨٨، ٢١)

حيث تتبني هذه الدراسة هذا التصنيف، وسيتم تناوله بالشرح والتفصيل كالأتي:

[١] صعوبات التعلم النمائية (Developmental Learning Disabilities):

يقصد بها تلك التى تتناول العمليات ماقبل الأكاديميةpreacademic processes والتى تتمثل في العمليات المعرفية المتعلقة بالانتباه والإدراك والذاكرة والتفكير واللغة والتى يعتمد عليها التحصيل الأكاديمى، وتشكل أهم الأسس التى عليها النشاط العقلى المعرفى للفرد، ومن ثم فإن أى اضطراب أو خلل يصيب واحدة أو أكثر هذه العمليات يفرز بالضرورة العديد من الصعوبات الأكاديمية، ولذا يمكن تقرير أن هذا الصعوبات النمائية هى منشأ الصعوبات الأكاديمية اللاحقة والسبب الرئيسى لها (فتحى الزيات ١٩٩٨، ٤١١).

حيث ترجع إلى وجود اضطرابات في وظيفة الجهاز العصبى المركزى مثل الإدراك الحسى (البصرى، السمعى)، الانتباه، الكلام، التفكير، والذاكرة، وتتعلق هذه الصعوبات بالعمليات العقلية والمعرفية التى يحتاج إليها الطفل في تحصيله الأكاديمى، ويري كيرك وكالفنت أن صعوبات التعلم في مرحلة ما قبل المدرسة يمكن تقسيمها إلى الآتى:

ومن أهم مظاهر صعوبات التعلم النمائية ما يلي:

أ- صعوبة الانتباه:

- تعريف الإنتباه:

يظهر الطفل سمات سلوكية مختلفة كسهولة التشتت، والاستجابة السريعة دون تركيز، وعد الانتباه لعدة أشياء في وقت واحد، والانتباه لأشياء لاعلاقة لها بالموضوع، والكسل والخمول (زينب محمود شقير، ٢٠٠٢، ٢٧١)،. يعد الانتباه من اهم العمليات المعرفية التى يقوم بها الفرد حيث يأتنفى مقدمتها، ويؤثر بالطبع على العمليات المعرفية الأخرى التى تليه. فهو مفتاحا للإدراك وشرطا للذاكرة. تعددت تعريفات الانتباه فمنها ما يشير إلى قدرة الفرد على حصر وتركيز حواسه في مثير داخلى (فكرة، إحساس، صورة خيالية) أو مثير خارجى (شىء، شخص، موقف)، أو هو بأورة شعور الفرد في مثير ما (نبيل عبد الفتاح، ٢٠٠٦، ٣٩).

ويرى كيرك وكالفنت (١٩٨٨، ١١١) بأنه عملية انتقائية لجلب المثيرات ذات العلاقة وجعلها مركزا للوعى. ويكشف مفهوم الانتباه عن مفهوم التعقب أو الاقفاء Tracing وهذا الجانب يتضمن متصلا لمنبه أو قضية ما، أو تركيزا على سلسلة موجهة من الفكر عبر فترة زمنية، والمستوى المعقد فيه يبدو في القدرة على التفكير في فكرتين أو أكثر، أو نمطين من المنبهات أو أكثر في ان واحد، وعلى نمو متتابع دون الخلط بيبهما أو فقدان لإحداهما (ر.و.بين، ١٩٩٣، ٧٥- ٧٦).

بينما يعد اضطراب الانتباه هو اصضطراب عصبى ونفسى شائع، ويؤثر وفقا للتقديرات السائدة على حوالى ٥% من الأطفال، ٤% من البالغين، ووفقا للأعراض الإكلينيكية السلئدة هناك ثلاثة تصنيفات فرعية هى: ضعف الانتباه Inattentive، فرط الحركة- الاندفاع hyperactive- impulsive، الجمع بيبهما (Hui- Yi Wang, Combined, 2011, 2) أما بالنسبة للدراسات العصبية المعرفية فتقرر أن اضطراب الانتباه مع فرط النشاط الزائد ينتشر بين الاطفال بنسبة من ٨% إلى ١٢% في أنحاءالعالم وقد يحدث نتيجة لاختلال في وظيفية التحكم التنفيذى.هذا الاصطراب في التحكم الذات يكون من نتائجه التنظيم الذاتى للسلوك الضعيف، ومنع تقسيم المدخلات لأداء وتنفيذ المهام الجديدة (Natalie Grizenko, 2006, 47).

وطبقا لما تشير إليه الدليل الإحصائى والتشخيصى الخامس للاضطرابات النفسية والذى قامت بنشرة جمعية الأطباء النفسيين الأمريكيين (DSM- IV) فإن هناك العديد من المحكات التى تستخدم في تشخيص هذا القصور، هى زملة أعراض تعبر عن نفسها في صورة خصائص سلوكية حقيقية تشمل المجالات النوعية التالية: (سعة الانتباه Attention Span، ضعف الضبط أو التحكم أى الاندفاعية ImPulsivty، الإفراط في النشاط Hyperctivity) (نبيل عبد الفتاح، ٢٠٠٦، ٤٠- ٤١).

يصف الحالة التى يمكن أن تجعل من الصعب على الطالب أن يولى اهتماما، والجلوس ساكنا، أو السيطرة على السلوك.وهناك ثلاثة أعراض رئيسية تتمثل في مشكلة دفع الانتباه، البدء بنشاط مرتفع، الاندفاعية (Nancy Johnson, 2009, 30- 31).

ب- أسباب القصور في الانتباه (العوامل الأتيولوجية):

تفسير الدراسات إلى ان اسباب هذه الاضطرابات تتمايز في ثلاثة عوامل هى:

(١) العوامل الوراثية:

تكشف العديد من الدراسات عن ان اضطراب الانتباه مع فرط النشاط ذات جذور وراثية، كما تنتشر زملة اعراض هذا الاضطراب بين الاقارب والتوائم المتطابقة.

(٢) العوامل العصبية:

يشير Baron (2004) إلى أن هناك مجموعة متنوعة من الاسباب التى قد يحال الطفل إلى الطبيب النفسى العصبى للتقييم، وتشتمل على تأثير الاضطرابات العصبية النمائية، وتحديد اللآثار المترتبة على الإصابات وتتبع شفائهم، أو ببساطةمن اجل فهم أفضل لقضايا التعلم والسلوك والفهم وكيفية العلاج أو لتخفيف الآثار الضارة. ويمارس هذا بشكل صحيح خاصة للأطفال الذين يعانون من مشاكل أكاديمية في المدرسة، مشاكل سلوكية يومية بسبب نقص الانتباه المصحوب بفرط النشاط

الزائـد، أو صـعوبات الـتعلم. تطلـب التقييمـات والعصـبية مـن قبـل الآبـاء والمعلمـين والمستشـارين والمتخصصـين فـي المجـال الطبـى. حينمـا يلاحـظ انحـراف نمـو الطفلعن مسـاره الطبيعـى مـن حيـث المصطلحات العقلية، الحسية، التنمية الحركية، المشكلات الاجتماعية والسلوكية. وأكثر من تقييم تربوى نفسى شامل يدار بشكل فردى لتقييم المشاكل الاكاديمية (Drew Gouvier Wm, 2009, 151).

ويؤكد "بوسنى" (2007) Posny أن تقييم القدرات العصبية أمر ضرورى لتحديد وظائف المخ التى لاتعمل كما هو متوقع ووظائف الدماغ التى تعمل بشكل كاف وموثوق بها ويستطيع التقييم أن يمتد لآتساع المهام المحددة التى تشتمل عللى صعوبات في التعلم في كثير من الأحيان، مثل القدرات السمعية واللغويـة والبصـرية، الـذاكرة، وسـرعة التجهيـز والكفـاءة المعرفيـة، والاسـتدلال. عـلاوة علـى، نستطيع أن نقيم الوظائف العصبية التى تعزز أو تنتقصمن الأداء العام للفرد، مثل الانتباه أو القدرات الحركية والحسية. تقييم واسع النطاق حيث يسمح التقييم العصبى بالتعرف على نقاط القوة والضعف، وكلاهما حاسم لتحديد مجالات التدخل، قياس الاستجابة، التركيز على نهج التشخيص، لايحل محل التقييم العصبى الشامل (Chery Silver, 2008, 218).

وتؤكد دراسة لانس واخرون (1988) Lance Trexler et al. على أن اضطرابات الانتباه عبارات عن اضطرابات عصبية تحدث نتيجة إصابات في الدماغ. وتشير النتائج إلى أن المرضى ذوى إصابات الدماغ ولايختلفون اختلافا كبيرا من حيثنوع أو شدة اضطرابات الانتباه كما يشير كاثرين وآخرون (1996, 618) Catherine et al. أن اضطراب الانتباه والذاكرة والمعالج المركزى يعد من الأمور الشائعة لدى الأطفال الذين يخضعون للضرر الناجم عن جراحة المخ.

ويؤكـد كمـال سـالم (٢٠٠١، ٤٧) نقلاعـن رابـابورت (1996) Rapaport ان الدراسـات التـى أجريت على المخ في المعهد الوطنى للصحة العقلية في الولايات المتحدة الامريكية تشير إلى صغر حجم القطاع الامامى الأيمن وعدم التناسق في نشاط الكتلة العصبية عند الأطفال ذوى قصور الانتباه والحركة المفرطة مقارنة بالاطفال العاديين، حيث أشارإلى أن الجزء الايمن عند الأطفال العاديين يبدو أكبر من الجزء الايسر وأن هذا التناسق لايظهر عند الأطفال مفرطى الحركة، وأضاف أن نسبة السائل الدماغى عند الاطفال مفرطى الحركة اقل من نسبته عند الاطفال العاديين. وكذلك نلاحظ ان ترابط ضعف الانتباه مع فرط النشاط يعكس شذوذ في روابط النصف الأيمن التى تساعد على تعويض شذوذ الدماغ ووظيفته في المناطق الامامية اليسرى في هذا الاضطراب.كذلك وجدت بعض الدراسات التى استخدمت جهاز رسم المخ EEG لدى الأطفال ذوى ضعف الانتباه مع فرط النشاط الزائد بعض التفسيرات تذهب إلى أن هذه الاضطرابات هى نتاج الحساسية الزائدة لمناطق الاستثارة في لحاء المخ وتـزداد بشـكل كبيـر فـي المنطقـة الأماميـة Frontal، ومـن هـذه الدراسـات دراسـة سـاتيرفيد واخـرون

Satterfield et al. (1972)، ومان واخرون Mann et al؛ (1992)، وجانزين واخرون et al. Janzen (1995) كابوت وسيرفونتين، (1996) Chabot and Serfontein، لازارو واخرون، (1998) Lazzaro et al.، كلارك واخرون Clarke et al.، بينما ترى بعض الدراسات أن ينخفض في منطقة ألف وبيتا كدراسة ديكمان واخرون (1982) Dykman et al.، دراسة كالاواى وآخرون (1983) Callaway et al.، دراسة مان واخرون (1992) Mann et al.، ودراسة لازارووواخرون (1998) Adam Clarke Lazzaro et al. (2003, 319)، بينما تشير دراسات أخرى إلى أن لدى هؤلاء الاطفال مستوى منخفضا من الاستثارة في وظيفة المنظومة الشبكية، وأن النشاط والاندفاعية، هما محاولة لتيسير المدخلات الحسية وزيادتها إلى المستوى الأمثال للاستثارة (فتحى الزيات، ٢٠٠٧، ٧٣).

ج- اضطرابات النظام الحاسى:

تشير بعض الدراسات إلى أن الأطفال ذوى اضطراب الانتباه مع فرط النشاط أظهروا دلائل عن انخفاض"التوصيل الجلدى الأساسى ("Basal Skin Conductance"SCL)، وضالة مقار الاستجابة الجلدية (Magnitude of Skin Response"GSR). (فتحى الزيات، ٢٠٠٧، ٧٣)، وتهدف دراسة ستيفن واخرون (Steven et al., 1996) إلى قياس إفراز الأدرينالين، ونظم الدوبامين لدى الأطفال ذوى ضعف الانتباه مع فرط النشاط الزائد والعاديين ومناقشتها في سياق الناقلات العصبية وأسفرت النتائج عن وجود دور للناقلات العصبية في هذا الاضطراب أما أن يكون كثيرا جدا، أو قليلا جدا، تنطوى المعالجة العقلية للمعلومات على القشرة الأمامية "المركزية" ويعتبر الأدرينالين من الأدوية المنشطة التى تكون لها دور حاسم في كبح جماح استجابات الأطفال ذوى ضعف الانتباه مع فرط النشاط الزائد.

تؤكد دراسة خاشابريز واخرون، (2011) Khachapuridz et al. على التأثير الفعال لعلاج الدوائى الميثيلفينيد يت Methylphenidate على الأطفال ذوى ضعف الانتباه مع فرط النشاط الزائد حيث يعمل على تحسين مشاكل المرونة الإدراكية لدى الأطفال ويقلل من فترة رد الفعل بالإضافة إلى معدل عدد الأخطاء. ويرى كذلك أن علاج غير الدوائى له تأثير فعال على تحول الانتباه وله دور مهم جدا في علاج اضطراب مرحلة الطفولة.

تركز ناتلى كامبو واخرون (Natalia ael Campo et al. (2011, 145 على تأثير التعديل العصبى على (المنطقة الأمامية، مخطط، الدوائر المخية، الدوبامين والنور أدرينالين الذى يلعب دورا هاما للمستويات المرتفعة للوظيفة المركزية التى تؤثر في كثير من الأحيان على اضطراب ضعف الانتباه مع فرط النشاط الزائد.واستخدام العلاج الدوائى الذى يتمثل في المبثيثيلفينيد يت، وديكستر

وأمفيتامين، واتوموسيترين) وذلك للعمل على زيادة مستويات الكاتيكولامينات catecholamine في الدماغ. ومع ذلك، فإن دقة اليات القشرة الجبهية وتحت الشرية التى تمارس هذه العوامل لا تزال اثارها العلاجية لم تحدد بشكل كامل. هذا النهج يفتح إمكانية تحديد أسس الخصائص العصبية الحيوية للأطفال ذوى ضعف الانتباه مع فرط النشاط الزائد (وما يرتبط به من اختلال وظيفى معرفى).

ج- قصور الانتباه المصحوب بنشاط زائد وصعوبات التعلم النمائية:

معظم الأطفال ذوى صعوبات التعلم لديهم ضعف في التحكم المعرفى وخاصة في توجية الانتباه حيث يعانون قصر مدى الانتباه، حيث لايستطعيون مداومة الانتباه إلى المثيرات المطلوبة أو المرتبطة، كما يتسمون بفرط النشاط وكثرة الحركة، والاندفاعية بمستوى لايتسق مع المستوى النمائى للطفل، حيث تشير الدراسات إلى نقص السعة الانتباهية، حيث يتفوق العاديون على أقرانهم من ذوى صعوبات التعلم بمقدار وحدتلن أو ثلاث في المتوسط (Margaretha Dramsdahl et al., 2011).

وكذلك تؤكد نتائج دراسة هيلارى جومس (2011) Hilary Gomes على وجود صعوبة في الانتباه الانتقائى للقنوات المتنافسة للحصول على معلومات سمعية، أكثر فقرا مع هدف الكشف عن الأداء مقارنة مع أقرانهم العاديين، والغياب الفعلى للمؤشر الكهربية في الانتباه الانتقائى، يرى سميث (Smith, 2003) أن إدراك الوقت والتنسيق الحركى يشترك في نفس النظام الأساسى العصبى، وتؤكد دراسة بينرانج يانج (Binrang Yang, 2007) على أن الأطفال ذوى ضعف الانتباه مع فرط النشاط الزائد يعانون من عجز في الإدراك الحسى لتمييز الوقت.يرجع قصور الانتباه أو ضعفه إلى عدم قدرة الأطفال على استخلاص المعانى من تلك المثيرات المختلفة التى تنتمى في الواقع إلى بعد معين وهو ما يؤدى بهم إلى عدم القدرة على التمييز، وما يترتب عليهم من قصور في بعض المهارات الأكاديمية خاصة فيما يتعلق بقدرتهم على تسمية الأشكال، الألوان أو حتى معرفة شكل الأرقام، أو الحروف الهجائية، والاختلاف في المدى الرقمى الأمامى، والمدى الرقمى الخلفى، فضلا عن ذلك يجعلهم غير قادرين على الانتباه للأصوات المختلفة أو ربطها بالحروف الهجائية مما يؤثر سلبا على الوعى أو الأدراك الفونولوجى مما يجعلهم أكثر عرضة لخطر صعوبات التعلم، ويؤكد على هذا دراسة كل من تانوك واخرين (2000) .Tannock, et al، ودراسة إفى روسينتل (2006) Eve rosenthal، دراسة كارين كيتش (2009) Karen Ketch، دراسة بانا شيوسكى واخرين .Banaschewski, et al (2006)، كما يرى مكلنيس واخرين (2007) .Mclnnes, et al بأن لديهم صعوبات في فهم بعض جوانب الاستماع. كذلك تؤكد دراسة كوسدن واخرين (2009) Merith Cosden, et al على أنهم يعانون من مشاكل في الاتصال (التعبيروالتوقع) وخاصة في الإجابة على الأسئلة ذات النهايات المفتوحة، يعانون كذلك من مشاكل في

التنظيم والحاجة إلى فهم، أظهرت نتائج دراسة مارتينوسن، تانوك (Martinussn&Tannock, 2006) أن هناك فروقا بين المجموعات الثلاث (الاولى الأطفالذوى اضطرابات الانتباه المصحوب بنشاط حركى زائد (ADHD)، والثانية الأطفال ذوى اضطرابات الانتباه وصعوبات التعلم (ADHD+LD) والثالثة الأطفال من ذوى صعوبات التعلم (LD) في تميز وفهم الكلمات وكانت أقل المجموعات هى ذوو اضطرابات الانتباه المصحوب بنشاط حركى زائد بالرغم من التشابه بينهم في التذكرالمكانى البصرى.

وبالنظر إلى تحليل نتائج دراسة سارا باربير Sara Barber, 2005) يتبين أن الأطفالذوى ضعف الانتباه مع فرط النشاط الزائد يسجلوا درجاتمنخفضة في الكفاءة المدرسية، القبول الاجتماعى، المظاهر الجسدية، انخفاض الإدراك الذاتى، وتشيرإلى ضرورة تركيز الانتباه على تعزيز الثقة بالنفس والتصور الذاتى الإيجابى لدى الأطفال المصابين بضعف الانتباه مع فرط النشاط الزائدمن خلال مجموعات الدعم والتدريب السلوكى، وقد اهتمت دراسة (أحمد عثمان، عفاف عجلان، ١٩٩٥، ١٢٩) ببحث العوامل المزاجية والمعرفية المرتبطة باضطراب قصور الانتباه لدى الأطفال والمراهقين حيث تكونت عينة الدراسة من ٤٦٤ طفلا من الصفين الرابع والخامس الابتدائى ٢٦٠مراهقا من الصفين الثانى والثالث الإعدادى بمدينة أسيوط، واشتملت الدراسة على عدة عوامل منها الاقتراب- االانسحاب- امتداد فترة الانتباه والمثابرة، عقبة الاستجابة، الاندفاع، التكيفية، تشتت الانتباه، حدة رد الفعل، الطبع، مستوى النشاط، ودلت النتائج عن أن نسبة مضطربى قصور الانتباه من الأطفال ذوى المزاج الايجابى صفر%، في حين بلغت هذه النسبة لدى العاديين من الأطفال ٥٠%، ويفسر الباحثان ذلك بأن الأطفال والمراهقين من ذوى المزاج السلبى يتسمون بعدم انتظام الأداء والبيولوجى، والاستجابات السلبيو للمواقف الجديدة، والتكيف البطيء مع التغيرات البيئية، واظهار الطبع السلبى بصورة متكررة. وحدة ردود أفعالهم. ويؤدى هذا إلى استدعاء استجابات سلبية من القائمين على تربية الطفل، حيث يزيد من احتمال أن يبدو سلوكا غير مرغوب فيه هذا بدوره إلى التفاعل الضار بين الطفل وبيئته الأسرية أو التعليمية، مما يعرضه إلى اضطراب قصور الانتباه.

[٢] الإدراك Perception:

أ- تعريف الإدراك:

يعرفه (جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى، ١٩٩٣، ٢٩٠) تعريفا معجميا بأنه الوعى بالموضوع وبالعلاقات والأحداث غير الاحساسات، متضمنا أنشطة مثل التعرف والملاحظة والتمييز. وهذه الأنشطة تمكننا من تنظيم وتفسير المثيرات التى تستقبلها إلى معرفة بالعلم ذات مغزى.

ويتفق كل من عبد الحليم محمود واخرون (١٩٩٠، ١٨٧)، محمد عودة (١٩٩٨، ١٩٤)، فى تعريف الإدراك بأنه العملية التى تشير إلى استخلاص وتنظيم وتفسير البيانات التى تصلنا إلينا من البيئة الخارجية والداخلية عبر الحواس المختلفة ومعالجتها ذهنياً، مع استبعاد مستمر للمدركات التى قد تسبب للفرد قلقا يسعى إلى تجنبه، ويشير بريان بونج (Bryan Young (2003, 837 إلى أن الإدراك يشتمل على قدرة الإدراك الواعى للمثيرات الحسية طويلة المدى وتوضيح معناها وأهميتها، وهناك عدد من العمليات المرتبطة، بما في ذلك الإحساس، الانتباه، تجهيز المعلومات، جنبا إلى جنب مع الذاكرة وغيرها من النظم

ويذكر عماد عبد الرحيم الزغول، على فالح الهنداوى (٢٠٠٢، ١٣٥) بأن الإدراك عملية فهم المثيرات من خلال تفسيرها واعطاءها المعانى الخاصة بها وتنظيمها في تمثيلات عقلية معينة، فهو عملية عقلية منظمة تمكن الأفراد من فهم العالم الخارجى المحيط بهم والتكيف معه من خلال اختبار الأنماط السلوكية المناسبة، ويصفه عبد الرحمن عدس، محى الدين توق (٢٠٠٥، ٢٢٤) بأنه عملية انتقائية، وعملية بحث نشطة لأفضل تفسير للمعلومات الحسية الواردة بدلا من كونها مجرد عملية تصوير ساكنة المثيرات البصرية، والمثيرات التى ننتبه إليها يمكن أن يتم خزنها في الجهاز العصبى ولا يتم استدعاؤها الإإذا اعتبرت هامة.

ب- قصور الإدراك وعلاقته بذوى صعوبات التعلم النمائية:

من المؤكد أنه كلما تنوعت الصورة الحاسية التى تلتقطها حواس الطفل كلما اكتملت مدركات الطفل للأشياء بصورة أكثر دقة وتفصيلا. حيث يرى (ر.و.بين١٩٩٣، ١٥٤) أن ٨٠% تقريبا من الانطباعات الحسية التى تستخدمها في الحصول على معلومات عن البيئة بأنها بصرية، ونظرا لهذه اليادة البصريةفإن فهم العمليات الإدراكية والمفردات التى تشير إليها ومعرفتها تعد أكثر ثراء لحاسة البصر عن غيرها. ولهذا توجد علاقة قو ية بين الإدراك البصرى وبين صعوبات التعلم حيث يؤكد العديد من الباحثينأن صعوبات التعلم ماهى الإنتيجة قصور في عمليات الإدراك البصرى التى تشتمل على (صعوبات التمييز البصرى، صعوبات الإغلاق البصرى، صعوبات التمييز بين الشكل والأرضية، صعوبات الإدراك المكانى، صعوبات إدراك الكل والذاكرة البصرية)، حيث قام كل من جرو فمان وسولان، (Groffman and Solan (1994 باستعراض سبعة دراسات حول صعوبات التعلم فوجدوا أن صعوبات الإدراك البصرى تشكل حول أكثر من ٤٠%من هذه الصعوبات (Nicole Cuomo, 2001, 9)، ولذلك يرى بريان بونج (Bryan Young (2003, 837، أن المستويات الأعلى من المعالجة البصرية تحقيق الإدراك الواعى والمستويات الأدنى من الإدراك تقدر فيه الخصائص بصورة منفصلة، مثل الطول الموجى للضوء (لون) أو كثافة الإنارة، وأن حدوث إصابة

بعظمة مؤخرة الرأس" Occipital" يؤثر على زيادة فهمنا للأدوار المتصلة بمناطق الإدراك البصرى على سبيل المثال إصابة جزء محدد من المنطقة (١٩) قد ينتج عنه الإصابة بعمى الألوان، وربما ينتج عنها أيضا تقليل الإدراك الحركى وذلك لارتباط هذه المنطقة ارتباطا وثيقا بإدراك اللون والحركة، ويؤكد على هذه الدراسة إكيدا (2012) Ikeda حيث ترى أن الأطفال ذوى صعوبات التعلم لديهم ضعف في الإدراك البصرى ويرجع هذا إلى ضعف الفص الجبهى، كما يشير ليرنير Lerner (2000) أن الطفل الذى يعانى من صعوبات خاصة في التعلم لايحقق التطابق الإدراكى– الحركى بشكل ملائم، وبالتالى يعيش عالمين منفصلين؛ عالم الإدراك وعالم الحركة، فهو لايثق بالمعلومات التى يحصل عليها، ولا تكتسب هذه المعلومات صفة الثبات لديه ويحاول دائما أن يلمس الأشياء للمعرفة وللتأكد مما يراه وهو يستطيع تطوير إدراك الشكل والوزن (مصطفى نورى واخرون، ٢٠١٢، ٦٧).

ويرى سالم امحمد عبد القادر (٢٠٠٥، ٢٦٠) أن أى اضطراب أو خلل في الإدراك يؤدى إلى اضطرابات وصعوبات معرفية تؤثر في عملية التعلم وتؤدى إلى تصعيبه فتعيق عملية الاستيعاب والفهم وتؤدى إلى خلل في عمليات التحليل والتركيب والتفكير، وتؤكد نتائج دراسته على وجود علاقة بين الاضطرابات الإدراكية (السمعية، البصرية) وصعوبات التعلم الأكاديمية (القراءة، الكتابة، الحساب)، وتوضح دراسة جوشوا برايرJoshua.Breier (2002) أن الأطفال ذوى صعوبات القراءة يعانون من عجز في الإدراك الفونيمى (الصوتى) الذى يرتبط بالقراءة والقدرة على المعالجة الصوتية.

ويؤكد هانس لانجنير (Hans Langner (1985, 15 على أن هؤلاء الأطفال يفتقرون إلى نظام التمثيل الملائم، وبالتالى فهم أكثر ارتباطا بالمجالات الإدراكية المنفصلة.حيث تحتاج استراتيجيات التعلم إلى ترميز المعلومات الواردة إدراكيا بكفاءة التى تبين أن لها تأثير كبير على القراءة الأولية، ولذلك يرى بارت بوتس (Bart Boets (2007, 26 أن صعوبات الإدراك اللغوى تتداخل وتؤثر على تطور علم الأصوات والقراءة والقدرة الإملائية. حيث هدفت هذه الدراسة إلى اختبار العلاقة بين المعالجة الصوتية والسمعية لدى مجموعة من أطفال ماقبل المدرسة في الأسر التى تتعرض لمخاطر عسر القراءة.

وتشير نتائج دراسة أحمد عواد (١٩٩٢) إلى أن صعوبات التفرقة بين الأعداد المتشابهة والرموز الرياضية المتشابهة إدراكيا مثل (+: ×.÷) يعد من أهم الصعوبات الإدراكية التى تؤدى إلى عدم قدرتهم على التعلم الأكاديمى وخاصة في السنوات الأولى من الدراسة، ويؤكد كذلك فتحى الزيات (٢٠٠٧، ١٢٣) على أن الاضطرابات أو الصعوبات الأدراكية لدى ذوى صعوبات التعلم تتمثل في ضعف فاعلية التكامل الوظيفى بين مختلف القنوات الحسية الإدراكية، وربما يرجع هذا أساسا إلى خلل

وظيفى في الجهاز العصبى المركزى، يمكن للمرء أن يجادل بأن الفئات الصوتية يجب أن تكون محددة تحديدا جيدا من أجل أن تمنح المستمعين براعة الإدراك الحسى الضرورى للتعامل مع درجة التقلبات الصوتية التى تنشأ في لغتهم، حيث لوحظ أن الطفل الذى يعانى من صعوبة التمييز السمعى فإنه يصعب عليه استكشاف أو معرفة أوجه الاختلاف وأوجه الشبه بين درجات الصوت وارتفاعه وتناسقه، ومعدله ومدته، مما يؤثر على البناء الفونيمى اغة الشفهية، وبالتالى عدم القدرة على التمييز بين الحروف المتشابهة أو المقاطع أو الكلمات وبالتالى على تعلم القراءة أو التهجئية بالطرق الصوتية (جمال مثقال، ٢٠٠٠، ٨٥).

[٣] الذاكرة Memory:

أ- تعريف الذاكرة:

يعرفها جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٩٣، ٢١-٣٣) تعريفا معجميا بأنها القدرة علـى إحياء الخبرة الماضية وهى قدرة قائمة على: أساس عمليات عقلية منها التعلم والتسجيل والاحتفاظ والاستدعاء أو الاسترداد والتعرف والجسم الكلى للخبرة المتذكرة وتشمل أيضا استدعاء خبرة ماضية معينة".

وهى كذلك عملية مركبة، تعد من محدات الجانب العقلى في سلوك الإنسان وتمتد من المواقف التى تتطلب الاستدعاء المباشر لمثيرات منفصلة إلى المواقف التى تتضمن ظواهر تخضع للملاحظات الإكلينكية، ولولا الذاكرة لما تكونت الشخصية ولاتم الإدراك ولا اكتسبت العادات ولا أمكن التخيل والحكم والاستدلال، فهى قدرة الشخص على الاحتفاظ بما مر به الفرد من خبرات.

والتذكر هو العملية العقلية التى يتمكن بها الفرد من استدعاء ما تعلمه سابقا أو التعرف عليه. ويبدأ التذكر عند الطفل بالناحية الذاتية الخاصة بخبراته الشخصية. ثم يتحول تدريجيا إلى الناحية الموضوعية (عادل العدل ١٩٩٩، ١٤١).

ويرى (فيصل الزارد، ٢٠٠٢، ١٧) بأنها مجموعة من الخبرات الشخصية كما هى مسجلة في دماغ الإنسان، وأنها الدوام لآثار الخبرة المكتسبة، وتعد الذاكرة مركز العمليات العقلية وحورها الذى يؤثر على كل ماهو معرفى وعلى كافة أنشطتنا العقلية المعرفية، وتعكس القدرة على ترميز المعلومات وتخزين وتجهيز أو معالجةالمعلومات المتداخلة أو المشتقة واسترجاعها.

- **صعوبة التذكر**: وتحدد السمات الدالة على صعوبة التذكر في تذكر الأشياء السهلة، وصعوبة تعلم أشياء جديدة، وصعوبة ربط الخبرات الجديدة بالسابقة، وصعوبة استرجاع المعلومات، وصعوبة

الاحتفاظ بالمعلومات وتظهر في عدم القدرة على تذكر أو استدعاء ماسمعه الطفل أو راه مما يؤثر على تعلم القراءة وتطور اللغة الشفوية للطفل (مصطفى نورى وخليل عبد الرحمن، ٢٠٠٧، ١٨٢).

فهم يعانون من صعوبة في الذاكرة السمعية وتظهر في صعوبة معرفة وتحديد الأصوات التى سبق لهم أن سمعوها، وصعوبة في الذاكرة البصرية، فهم يعانون من صعوبة في استدعاء الحروف الهجائية، والاعداد، والمفردات المطبوعة، ومهام التطابق البصرى، ورسم الأشكال. وأيضا صعوبة في الذاكرة الحركية، حيث يجد لدى الطفل مشكلة في تعلم مهارات مثل: ارتداء الملابس وخلعها، وربط الحذاء، والحركات الإيقاعية، والكتابة، ورمى الكرة (بطرس حافظ بطرس، ٢٠٠٨، ٧٨- ٨٠).

- **صعوبة الإدراك:** تتمثل في الصعوبة التمييزية (التمييز البصرى، والتمييز السمعى، والتمييز الحركى، والتمييز بين الشكل والأرضية، وصعوبة الإغلاق) حيث يصعب على الطفل ذوى الصعوبة ترجمة مايراه، وقد لايميز علاقة الأشياء بعضها البعض، فهو لايستطيع تقدير المسافة والزمن الازم لعبور الشارع بطريقة امنة، وقد يعانى من مشكلات في فهم مايسمعه واستيعابه، وبالتالى فإن استجابته قد تتأخر، وقد يخلط بين بعض الكلمات التى لها أصوات نفسها:" لحم" و"لحن" (مصطفى نورى وخليل عبد الرحمن، ٢٠٠٧، ١٨٢).
- **صعوبات اللغة والكلام:** ويظهر على الأطفال ذوى صعوبات اللغة صعوبة في التعبير عن الأفكار، والصعوبة في تكوين الجمل والعبارات، والصعوبة في فهم مايسمع من الآخرين، والصعوبة في مشاركة الآخرين في أحاديثهم أو المبادرة بالكلام، ويلاحظ عليهم التردد في الكلام، واستعمال القليل من المفردات، كما أنهم يتكلمون بشكل غير واضح ويظهر بعضهم مشكلة التسرع في النطق (راضى الواقفى، ٢٠٠٤، ٢٧٢).
- **صعوبة التفكير:** هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى وقت طويل لتنظيم الفكرة قبل الإجابة بالإضافة إلى ضعف في التفكير المجرد، وصعوبة المقارنة والربط وصعوبة تمييز أوجه الشبه والاختلاف (رأفت رخا، ١٢٠، ٢٠٠٣).

- **صعوبات التعلم الأكاديمية Academic Learning Disabilities:**

يقصد بصعوبات التعلم الأكاديمية صعوبات الأداء المدرسى المعرفى الأكاديمى، والتى تتمثل في الصعوبات المتعلقة بالقراءة والكتابة والتهجى والتعبير الكتابى والحساب (فتحى الزيات، ١٩٩٨، ٤١٢).

وهي تعد وثيقة الصلة بصعوبات التعلم النمائية، وتنتج عنها، وترتبط هذه الصعوبات بالموضوعات الدراسية الأساسية، مثل صعوبة القراءة، وصعوبة الكتابة، وصعوبة إجراء العمليات الحسابية، بالإضافة إلى صعوبة التهجئة (عبد الرحمن سليمان، ١٩٩٩، ١٥٦).

تتضمن دراسة المشكلات الأكاديمية والتى ترجع إلى وجود صعوبات تعلم تتمثل في القراءة والكتابة والحساب والهجاء.

- **صعوبات القراءة Dyslexia:**

تظهر في صورة انخفاض في القدرة على الفهم القرائى أو الإبدال بالكلام أو انخفاض لقدرة العامة على القراءة بشكل دال على المتوقع وفقا لمستوى ذكاء (Ramar, R., et al, 2004, 200).

حيث ان القراءة تشكل أحد المحاور الرئيسية المهمة لصعوبات التعلم الأكاديمية، إن لم تكن المحور الأهم والأساسى فيها، وبذلك فإن صعوبات القراءة تعتبر السبب الرئيسى للفشل الدراسى، فهى تؤثر على صورة الذات لدى التلميذ وتقوده إلى العديد من أنماط السلوك الاتوافقى، والقلق والافتقار إلى الدافعية (صلاح عميرة، ٢٠٠٢، ٤٤).

وتتمثل الصعوبات الخاصة بالقراءة فى: (حذف بعض الكلمات أو أجزاء من الكلمة المقروءة، إضافة بعض الكلمات إلى الجملة أو بعض المقاطع أو بعض الاحرف غير الموجودة في النص الأصلى، إبدال بعض الكلمات بأخرى قد تحمل نفس بعضا معناها- قلب الاحرف وتبديلها، ضعف في التمييزبين الاحرف المتشابهة، ضعف في التمييز بين أحرف العلة).

- **صعوبات تعلم الكتابة Dysgraphia:**

لكى يتعلم الطفل يجب ان يكون ناضجا بدرجة كافية ولديه الرغبة والاهتمام بتعلم كيف يكتب بالاضافة إلى ذلك يجب أن يطور الطفل التناسق الحركى- البصرى والتوجه المكانى والذاكرة البصرية وصورة الجسم وضبط كل ذلك بما يخدم الكتابة. لذلك فإن الصعوبات التى قد يواجهها الطفل في الكتابة وترتبط بالكثير من العوامل التى يمكن تحديدها فى: اضطرابات الضبط الحركى، اضطرابات الإدراك البصرى، اضطرابات الذاكرة البصرية، نقص الدافعية، اختفاء دور الأسرة في المتابعة، إضافة إلى طرق التدريس السئية (كمال زيتون، ٢٠٠٣، ١١٩- ١٧٣).

حيث تظهرصعوبات الكتابة في شكل انخفاض في قدرة الفرد على كتابة اللغة والتهجى وتطيل قواعد اللغة واستعمال الألفاظ وتنظيم الأفكار وذلك بصورة دالة عن المتوقع وفقا لمستوى الذكاء (Kendall, PH, 2000, 131).

وتشتمل الصعوبات الخاصة بالكتابة: (عكس كتابة الحروف، خلط في اتجاهات الكتابة، ترتيب احرف الكلمات والمقاطع بصورة غير صحيحة، خلط في الكتابة بين الاحرف المتشابهة، صعوبة الالتزام بالكتابة على الخط نفسه من الورقة، رداءة الخط وصعوبة قراءته) (كمال زيتون، ٢٠٠٣، ١١٩- ١٢٠).

- **صعوبات تعلم الحساب:**

وتتمثل في انخفاض قدرة الفرد على اكتساب الحقائق المرتبطة بالإعداد وتكوين وكتابة الأعداد والعمليات الحسابية والتفكير المتعلق بمجال الحساب وذلك بصورة دالة عن المستوى المتوقع وفقا لمستوى الذكاء (Frank, R., et al 1992, 5).

وهناك صعوبات اخرى مرتبطة صعوبات التعلم وهى كما يلى:

- **صعوبات التنظيم الذاتى:**

وفيما يلى توضيح لتلك الصعوبات صعوبات التنظيم الذاتى الاستراتيجى وتتضمن:

- الصعوبة في استخدام الاستراتيجات ماوراء المعرفية.
- الصعوبة في استخدام الاستراتيجيات الدافعية وتتضمن:

(الصعوبة في تعزيز الذات، الصعوبة في تشجيع الذات، تقدير الذات، الصعوبة في الحديث عن الذات الموجهة للهدف، الصعوبة في تعزيز الاهتمام، صعوبة إدارة الفاعلية "التحكم في الفاعلية"، صعوبة تحديد هدف قريب" قصير المدى").

- **صعوبات التنظيم الذاتى السلوكى:**

وتشير إلى صعوبة تحول التلاميذ ذزى صعوبات التعلم من مستوى الضبط القائم على المؤثر والعناصر الخارجية للسلوك إلى المتغيرات الداخلية، واستمرارية السلوك بعد عزل عناصر التحكم الخارجى، وينقسم إلى: (الصعوبة في ملاحظة الذات، الصعوبة في الحكم على الذات (التقويم الذاتى)، الصعوبة في رد الفعل الذاتى، صعوبات التنظيم الذاتى البيئى:

وتشير إلى عدم فهم عناصر البيئة الخارجية والاستفادة منها في سبيل تحقيق الأهداف المنشودة وتنقسم إلى: (صعوبة توقع نتائج السلوك، صعوبة تنظيم متغيرات البيئة، صعوبات التنظيم الذاتى للمتعلم): تظهر هذه الصعوبات كنتيجة للصعوبات الثلاثة السابقة حينما تنعكس على المهام الأكاديمية، وهنا لايستطيع هؤلاء التلاميذ المشاركة الفعالة النشطة في تنظيم معارفهم وسلوكهم وبيئتهم استراتيجيا، ومما لاشك فيه أن صعوبات التنظيم الذاتى للشخصية لاتنفصل عن الصعوبات النمائية والأكاديمية، ولكن على العكس من ذلك فكما أن ذات الفرد الناضجة هى أساس أى ارتقاء ونجاح، فإنه على الاتجاه الآخر، فإن أى تشوه في هذه الذات يعد النواة الحقيقية للصعوبة مهما تعددت مظاهرها وعلى الرغم من أنه لاتوجد دراسات كثيرة في هذا الجانب لمزيد من التأصيل النظرى والإجرائى والعلاجى لذوى صعوبات التعلم لذا من الممكن أن تكون هذه الدعوة إجراء المزيد من

البحوث لاختبار مدى فاعلية هذا المدخل فلا تشخيص وعلاج ذوى صعوبات التعلم لدى فئات عمرية متعددة من ذوى الصعوبات المختلفة.

- **صعوبات التعلم المرتبطة باللغة:**

تعتبر اللغة نظاما اجتماعيا يشترك فيه أكثر من فرد يشتمل على مجموعة من المفاهيم والرموز ويستخدم من أجل حدوث التواصل، وقد تكون اللغة مكتوبة أو منطوقة، مقصود بها إرسال أو استقبال أفكار معينه (فاروق الروسان، ٢٠٠٤، ٢٥).

ومماسبق يتضح الحداثة النسبية لمفهوم صعوبات التعلم فقد ظهرت العديد من المصطلحات الأخرى التى يمكن أن تكون لها علاقة بتعريف صعوبات التعلم لدى الباحثين، ولذلك فمن الضرورة أن تحدد موقع صعوبات التعلم من المصطلحات.

٥- <u>صعوبات التعلم والمفاهيم المرتبطة بها:</u>

لقد أعدت الكثير من الدراسات في مجال صعوبات التعلم أوضحت الفرق بينهم وبين مفهيم أخرى مرتبطة بها، وكلنت في البداية مجالا للخلط بينهما وبين هذه المفاهيم ومنها المعاقون تعليميا، المضطربون تعليما المتأخرون دراسيا، مشكلات التعلم وبطء التعلم. وقد أوضحت الكثير من الدراسات الفرق بين صعوبات التعلم ومفاهيم أخرى مرتبطة بها، وكانت في البداية مجالا للخلط بينها وبين هذه المفاهيم، ومنها المتأخرين دراسيا، وبطيىء التعلم.

- **صعوبات التعلم والمعاقين تعليميا:**

الطفل المعاق تعليميا يعانى من نقص في القدرة على التعلم ومزاولة العلاقات الاجتماعية السليمة نظرا لمايعانيه هذا الطفل من صور جسمى أو حسى أو عقلى أو اجتماعى (عزه رضوان، ١١٩، ٢٠٠٥).

- **صعوبات التعلم والمضطربين تعليما:**

يشير مصطلح اضطرابات التعلم يشير إلى إعاقة أو عطب في الجهاز العصبى ترجع إلى تغاير واختلاف في الجنيات الوراثية، وشذوذ في عمليات الكيمياء الحيوية أو إصابة دماغية، أو عطب في المخ أثناء الولادة أو إلى الحرمان الحسى أو لعيوب التغذية أو لتأثيرات أخرى، بينما تدل صعوبة التعلم على عدم القدرة على انجاز مهمة معينة بالرغم من أن الفرد يمتلك قدرة عقلية كافية لإنجازها (السيد عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٣، ١٣٢).

- **صعوبات التعلم والمتأخرون دراسيا:**

يرجع التأخر الدراسى إلى عوامل متعددة، منها عوامل خلقية ترجع إلى قصور نمو الجهاز العصبى الذى يظهر في انخفاض مستوى الذكاء عن المتوسط، وهذه الأسباب يطلق عليها العلماء التخلف العقلى الوظيفى (خليل ميخائل معوض، ٢٠٠٢، ٢٩٦).

أما صعوبات التعلم يكون مستوى ذكاء الطفل فيها يتراوح بين المتوسط وفوق المتوسط، ويحدد محك الاستبعاد أنه ترجع إلى إعاقة عقلية أو حسية أو اضطراب انفعالى أو سلوكى أو إلى قصور بيئى أو اقتصادى (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٨، ٢٧).

والتأخر الدراسى يكون فيه التحصيل في مستوى أقل مما تسمح به استعدادات التلميذ الدراسية، فإذا كانت استعدادت الفرد الدراسية كما يكشف عنها القياس استعدادت عالية، وكان التحصيل في مستوى متوسط اعتبر متأخرا دراسيا، وإذا كانت نسبة ذكائه تقع في الحدود المتوسطة وتحصيله أقل من المتوسط، كان متأخرا دراسيا أيضا، أما إذا كانت نسبة ذكائه أقل من المتوسط فإن مثل هذا التلميذ لايمكن اعتباره متأخرا دراسيا ولكن تلميذ بطىء التعلم ويتوقع منه ان يكون تحصليه أقل من المتوسط (نادية شريف، ورجاء أبو علام، ١٩٩٥، ٢٠٥).

وأهم ما يميز مصطلح التأخر الدراسى، انخفاض نسية الذكاء عن المتوسط كما أن الحرمن الثقافى والاجتماعى والاضطرب الانفعالى تعتبر أسبابا رئيسية للتأخر الدراسى وقد تجتمع العوامل الثقافية والاجتماعية والانفعالية مع انخفاض نسبة الذكاء عن المتوسط تؤدى إلى وجود نوع من التأخر الدراسى، وعليه فالتأخر الدراسى يمكن أن يكون خلقيا وظيفيا أو الاثنين معا في نفس الوقت (Pisecco, 2001, 98-106).

- **صعوبات التعلم وبطء التعلم:**

يشير بطء التعلم إلى وصف حالة المتعلم من ناحية الزمن أى يشير إلى سرعته في فهم وتعلم ما يوكل إليه من مهام تعليمية مقارنة بفهم وتعليم أقرانه في أداء نفس المهام التعلمية (السيد عبد الحميد سليمان، ٢٠٠٣، ١٤١).

وليس كل طفل بطىء التعلم يعد صاحب صعوبة تعلم، فيما عدا الأطفال ذوى نسبة الذكاء العادية الذين يظهرون بطىء مستمرا في التعلم، فهولاء هم أصحاب صعوبات التعلم، ويعتبر مفهوم ومكونات صعوبة التعلم في كل مرحلة تعليمية من سن ماقبل المدرسة حتى المرحلة الثانوية وفى المدرسة الابتدائية يصبح المصطلح مرادفا للصعوبات في اكتساب المهارات الأكاديمية الأساسية كالقراءة والكتابة والحساب (Hughes, 2000, 495).

- **صعوبات التعلم والتأخر العقلى:**

يذكر فتحى السيد عبد الرحيم، حليم السيد بشاى (١٩٨٨، ٧٤) أن المشكلات المرتبطة بالتعريف لم تمنع من وجود اتفاق عام على استبعاد حالات التأخر العقلى من فئة صعوبات التعلم فالأطفال ذوى صعوبات التعلم يظهرون تباعدا واضحا في الأداء عن الأطفال العاديين فة واحد أو أكثر في المجالات الأكاديمية وقد يكون مستوى الأداء الوظيفى لؤلاء الأطفال في المجالات الأخرى مساويا تقريبا لأداء الأطفال العاديين في نفس السن هذا على عكس الأطفال المتخلفين عقليا الذين يكون أداؤهم الوظيفى منخفضا في معظم المجالات الأكاديمية والاجتماعية والنفسية إن لم يكن فيها جميعا.

- **صعوبات التعلم ومشكلات التعلم:**

مصطلح مشكلات التعلم Learning Proplems يرجع إلى الإعاقات البدنية (السمع- البصر- الحركة- الإعاقة العقلية) والأطفال الذين يعنون من مشكلات تعلم أكثر تعرضا للاضطرابات السلوكية والتى يمكن أن تكون سببا في الفشل الدارسى كما أنهم أكثر قابلية للبعد عن الأنشطة المقدمة لهم (السيد عبد الحميد سليمان، ٢٠٠٣، ٩).

- **صعوبات التعلم والعجز المتعلم:**

حيث يذكر Arnold (2001, 20) أن ذوى صعوبات التعلم يتعلمون العجز بسبب التعرض المستمر للفشل الأكاديمى الذى يسهم اسهاما كبيرا في الانسحاب وعدم الرغبة الدخول في مهام جديدة، ونقص الإصرار والمثابرة، ويظهرون سلوكا غير متكيف في السنة الجديدة وينمى لديهم توقعا بأنهم غير فادرين على النجاح الأكاديمى وفى الوقت ذاته يعتقدون جهودهم عديمة الجدوى، وأن أساس تغير سلوكيات العجز المتعلم هوتغيير أو تعديل النفس المعرفية غير السوية لخبرات النجاح والفشل.

يرى الفرحاتى السيد محمود (٢٠٠٢، ٨٤) أن ذوى صعوبات التعلم يدركون أنهم أقل كفاءة من الناحية الاجتماعية والمعرفية وهم أكثر احتمالا في عزو فشلهم إلى العجز في القدرة والنجاح إلى الحظ، أقل ثقة في تحماتهم الذاتية في النجاح والفشل المدرسى، أقل معرفة بخطط واستراتيجيات التعلم لاسيما مواجهة الصعوبات، وغالبا ماتنخفض دافعيتهم مما يؤدى إلى فشلهم المتكرر، وهم غالبا يعتقدون أنهم لايستطيعون حل المشكلات عندما يواجهون صعوبات مدرسية

٦- **<u>تشخيص صعوبات التعلم لدى أطفال الروضة:</u>**

والمتعارف علية أننا نخضع الطفل لفحص صعوبات التعلم إذا تجاوز الصف الثانى الابتدائى واستمر وجود مشاكل دراسية لدية، ولكن هناك بعض المؤشرات المبكرة لدى الطفل التى تدل على إمكانية حدوث مشكلة صعوبات التعلم ومنها: (ضعف الذاكرة وصعوبة الحفظ، صعوبات في مسك

القلم، صعوبات في استخدام اليدين في أداء مهارات مثل تمزيق الورق- القص- التلوين) (مصطفى نورى، ٢٠١٢، ٨١).

حيث يعد الكشف المبكر للمشكلات النمائية عند الأطفال في سن ماقبل المدرسة أمرا مهما وحيويا لنموهم وتطورهم ويتطلب تشخيص أطفال ما قبل المدرسة تشخيصا لصعوبات التعلم النمائية عندهم في حين يتطلب تشخيص أطفال المدرسة تقييما لتحصيلهم الأكاديمى وكذلك تشخيصا لصعوبات التعلم النمائية لديهم، وإن التشخيص الشامل لطفل ما قبل المدرسة ممن يشك بوجود مشكلة لدية قد يتضمن تقويما متخصصا وعميقا في مجالات كثيرة مثل النمو الحركى والعصبى والنفسى والكلام واللغة وكذلك النمو في الجوانب الاجتماعية والانفعالية، كما إن صعوبات التعلم النمائية قد توجد في ثلاثة مجالات أساسية: النمو اللغوى- النمو المعرفى- نمو المهارات) وقد يظهر أطفال ماقبل المدرسة ممن لديهم صعوبات تعلم تباينا في النمو بين هذه المجالات الثلاثة فعلى سبيل المثال قد أفادت نتائج البحوث أن أطفال الحضانة وأطفال الصف الاول توجدلديهم صعوبة في متابعة الحديث المتواصل ويظهرون نماذج سلوكية تشير إلى أنهم كما لو كانوا لايسمعون وغيرها من المشكلات التى تظهر لدى أطفالما قبل المدرسة.

لذا يتطلب لتشخيص أطفال ذوى صعوبات التعلم في سن ما قبل المدرسة إجراءات عديدة منها (السيد عبد الحميد، ٢٠٠٠، ٢٦٦).

تقويم النمو اللغوى والنموالمعرفى والنمو البصرى الحركى لهؤلاءالأطفال.

ويتضمن تشخيص النمو اللغوى تقويما لقدرات الاستقبال السمعى وقدرات التفكير السمعية وقدرات التعبير اللفظية، ويتطلب تشخيص القدرات المعرفية تقويم الإنتباه والتمييز والذاكرة وتكامل الحواس المتعددة وتشكيل المفهوم وحل المشكلة (السيد عبد الحميد، ١٩٨٨، ٣٣)، كما يتضمن تشخيص القدرات البصرية الحركية القدرة على تناسق الحركات الدقيقة وأداء الحركات الكبيرة.

وتمر عملية التشخيص بالخطوات التالية:

١- التعرف على أطفال لذوى صعوبات التعلم وتمييزهم عن فئات المتعلمين الآخرين وذلك بمقارنة المستوى المتوقع بالمستوى الفعلى للطفل.

٢- إجراء وصف سلوكى شامل ومفصل للصعوبة.

٣- تحديد العوامل التى يمكن أن ترتبط بالصعوبة.

٤- وضع فروض تشخيصية دقيقه ومحكمة تعد أساسا لتخطيط العلاج المناسب.

٥- تحديد واضح وتخيطيط جيد لكيفية التطبيق والوسائل المستخدمة.

٦- توسيع دائرة العلاج لتشمل جوانب الضعف في العلميات الفرعية (السيد عبد الحميد، ٢٠٠٣، ٢٩٨، ٢٠٣).

وهناك عدد من المقاييس والاختبارات التى تستخدم لتشخيص صعوبات التعلم وتميزها عن غيرها من المفاهيم ومنها التالى:

- **مقاييس القدرة العقلية:**

- وهى تهدف إلى استخدام اختبار القدرة العقلية العامة في تحديد نسبة ذكاء الطفل فإذا كانت نسبة الذكاء طبقا للاختبار المستخدم متوسطة فأكثر فإن ذلك يكون مؤشرا أوليا على احتمالية وجود صعوبات تعلم (عبد الصبور منصور، ٢٠٠٣، ١٧٥).

- **مقاييس للتعرف على القصور في تجهيزات المعلومات وماوراء المعرفة:**

- وهى تعمل على قياس قدرة الفرد على تجهيز وتناول المعلومات أو معالجتها وتحليلها وتنظيمها (عادل عبد الله، ٢٠٠٦، ٦٩).

- **مقاييس للخصائص النفسية والسلوكية:**

- هذه الاختبارات بنيت أساسا على افتراض أن صعوبات التعلم ناتجة عن صعوبات في العمليات اللزمة للتعلم كالإدراك البصرى والسمعى وتازر حركة العين واليد وغيرها (عبد الصبور منصور، ١٧٤).

- **مقاييس المسح النيورولوجى:**

- وهى تهدف إلى التعرف على أساس القصور هل هو نيورولوجى أم سيكولوجى (عبد الوهاب كامل، ١٩٩٩، ٧).

- **مقاييس الأداء الأكاديمى:**

- يتم فيها قياس الأداء الأكاديمى عن طريق اختبارات التحضير سواء المقننة أو غير المقننة (محمد على كامل٢٠٠٣، ٣٠).

تعد عملية تشخيص صعوبات التعلم امرأ صعبا وبالغ التعقيد، وربما يعود ذلك إلى عدم وجود اتفاق عام حول مفهوم صعوبات التعلم، أو تعدد التفسيرات والمنطلقات النظرية للمهتمين بالبحث في هذا المجال أو إلى غير ذلك من أسباب، حيث يختلف تشخيص الأطفال ذوى صعوبات التعلم في مرحلة ما قبل المدرسة عن تشخيص الأطفال في سن المدرسة، حيث يعتمد التشخيص في مرحلة

ماقبل المدرسة على معيار التباين في الأداء أو التأخر النمائى، وليس التباين في القدرة الأكاديمية كما هو الحال بالنسبة للأطفال في سن المدرسة، وتتمثل الصعوبات النمائية في مرحلة ما قبل المدرسة في صعوبات الانتباه والإدراك وحل المشكلات واكتساب المفاهيم، والتذكر وهى المشكلات المستهدفة في برامج التدخل (جمال الخطيب ومنى الحديدى، ١٩٩٨، ١٤١)، أما عن تشخيص صعوبات التعلم في سن المدرسة، فإنه يمكن التعرف على الأطفال ذوى صعوبات التعلم، من خلال التباعد بين الانجاز الأكاديمى المتوقع من الطفل والانجاز الفعلى الذى يحققه الطفل في واحدة أو أكثر من المواد الدراسية مثل الحساب، والتهجى، والقراءة، والكتابة بحيث يكون لدى الطفل درجة عادية من الذكاء وأن تكون خلفيته الأسرية طبيعية (Richardson, 1998, 521).

حيث نجد أن عملية التشخيص التى يقوم بها فريق عمل متكامل ومتعدد التخصصات لتقرير ما إذا كان الطفل يعانى من صعوبات التعلم أم لاوذلك حسب الخطوات التالية:

١- إجراء تقييم تربوى شامل لتحديد مجالات القصور في موضوعات الدراسة.

٢- إذا تبين أن سبب الصعوبة التعلم يرجع إلى إعاقة حركية أو سمعية أو بصرية أو عقلية أو انفعالية أقتصادية أو ثقافية أو بيئية فأن الطفل يستثنى من كونه ضمن من يعانون صعوبات التعلم.

٣- تقرير ما إذا كان الطفل في حاجة إلى علاج طبي.

٤- تحديد ما إذا كانت الخبرات لبتعليمية التى يتعرض لها الطفل مناسبة لعمره وقدراته أو لا.

٥- تقرير ما إذا كان تحصيل الطفل متناسبا مع عمره وقدراته.

٦- تقرير ما إذا كان الأداء الدراسى قد تأثر عكسيا في واحدة أو أكثر من المجالات الدراسية (زيدان السرطاوى وكمال سالم، ١٩٨٧، ٦٩).

بالرغم من ذلك يعد التشخيص السيكومترى لصعوبات التعلم الذى يعتمد على Discrepancy بين الإنجاز الأكاديمى للطفل ونسبة الذكاء تشخيصا غير دقيق، فقد أوضحت نتائج دراسة (Francis et al., 2005, 145)، على أن المدخل السيكومترى يعتمد على نسبة الذكاء ودرجات التحصيل ليست كا فية للتعرف على الأطفال ذوى صعوبات التعلم، فالدرجات القاطعة التى يعتمد عليها محك التباعد ليست ثابتة طوال الوقت وتوضح الدراسا ت الطويلة أن نسبة (٣٩%) من أطفال الصف الثالث الابتدائى الذين شخصوا على أنهم ذوى صعوبات تعلم شديدة لم يحصلوا على نفس هذه الدرجلت عندما نشخصهم مره أخرى في الصف الخامس، لذلك تشير نتائج الدراسة إلى أن الدرجات القاطعة التى تستخدم في تشخيص ذوى صعوبات التعلم ليست ثابتة دائما، وأن المدخل الذى يشخص الطفل على أنه ذوى صعوبات التعلم اعتمادا على درجات الاختيار فقط دون إعطاء أى أهمية

للسلوكيات النوعية، والعامل المعرفية، والعصبية، والدافعية، والاجتماعية، والدراسية، والاقتصادية، يقودنا إلى قرار خاطىء بشأن الأطفال ذوى الصعوبة.

٧- **التخطيط العلاجي لصعويات التعلم:**

التعرف على الطلاب ذوى الأداء المنخفض، ملاحظة ووصف السلوك، إجراء تقييم غير رسمى (حل المشكلة داخل حجرة الدراسة)، قيام فريق التقييم بإجراء تقييم رسمى، كتابة نتائج التشخيص تخطيط برنامج علاجى (كيرك وكالفانت، ١٩٨٨، ٨٣- ٨٤).

هناك أطفال في المرحلة الابتدائية لايستفدون بشكل مباشر من البرامج والأنشطة التعليمية التى تقدم لهم داخل الفصول، ومن هؤلاء الأطفال ذوو صعوبات التعلم، وهؤلاء الأطفال في حاجة إلى رعاية واهتمام حتى يتسنى لهم الاستفادة مما يقدم لهم من أنشطة تربوية وتعليمية. كما يعانى ذوى صعوبات التعلم من تدنى اعتبار الذات وقد وجد أن التعزيز اللفظى من قبل المعلم له أثر إيجابى كبير على تقدير التلاميذ ذوى صعوبات التعلم لذواتهم (Bear, 1996, 23- 32).

وقد أضاف (عبد المنعم الدرديري، ١٩٩٨، ٣١١) أن التعزيز الإيجابى لايؤثر فقط على تقدير التلاميذ لذواتهم ولكنه يساعد أيضا على بقاء اثر التعلم. وهناك العيد من المقاييس والاختبارات التى صممت خصيصا للكشف عن صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية ولكن من الممكن أيضا أن نستخدم محك التباعد بين الاستعداد والتحصيل كمحك للتعرف على صعوبات التعلم حيث يكون الفرق واضحا بين درجات الاستعداد والتحصيل عند ذوى صعوبات التعلم، ولذلك ينبغى الكشف المبكر على هؤلاء الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، حتى يتم التعرف عليها مبكرا، لكى نستطيع إعداد برنامج تدخل علاجى أفضل وأيسر للتخفيف من حدة صعوبات التعلم، مما ينتج عنه ارتفاع مستواهم في التحصيل الأكاديمى في المراحل التعليمية التالية (بطرس حافظ، ٢٠٠٠، ١٢٥).

ثانياً: العلاج السلوكي Behavioral Therapy :

يعدالعلاج السلوكي من أهم العلاجات التي تستخدم مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم.حيث أنه يساهم بنسبة كبيرة في تعديل سلوكيات هؤلاء الأطفال وبالتالي فإنه يمكننا من التتبع السليم للتحسنات والتعديلات التي طرأت علي سلوكياتهم من خلال إستخدام فنياته وطرقة المختلفة وذلك للحصول علي نتائج أفضل ولذلك سيتم تناول العلاج السلوكي علي النحو التالي:

١- **التطورالتاريخي للعلاج السلوكي:**

إن الجذور التاريخية للعلاج السلوكي غير واضحة بعكس التحليل النفسى، ولكن مجموعة كبيرة من الباحثين في بريطانيا، والولايات المتحدة، واستراليا، وجنوب أفريقيا أسهموا في تطوير العلاج

السلوكى.ويحتمل ظهور أول طريقة للعلاج السلوكى على يد جوزيف ولب Joseph Wolpe عام (١٩٢٩)، وهو طبيب نفسى من جنوب أفريقيا له أسلوب متميز معروف باسم"إزالة الحساسية" وهذه الطريقة تبدأ بتعلم المريض الارتخاء العضلى العميق، ويطلب من الشخص المسترخى أن يستحضر إلى ذهنه موقفا سابقاً محددا سبب له إثارة أو قلق، وهذا الموقف يكون له علاقة مباشرة بالمشكلة التى يطلب المريض من المعالج أن يساعد في علاجها. فعندما يدرك المريض القلق يعاد المريض مرة أخرى من خلال تعليمات الاسترخاء إلى الحالة التى تحققت في البداية أثناء التدريب على الاسترخاء العضلى، ويكرر نفس الإجراء إلى أن ينتهى الموقف الذى تسبب في إثارة القلق، وبهذا يتم مواجهة المخاوف التى كانت تزعج المريض. وقد أجريت دراسات أظهرت فاعلية هذه الطريقة طويلة الأجل في العلاج.

كما يستخدم العلاج السلوكى في الوقت الحالى على نطاق واسع حيث أن الأمر الأساسى في المدخل السلوكى هو التأكيد على الأحداث القابلة للملاحظة والمواجهة، فالعلاج السلوكى ينظر إلى السلوك داخليا وخارجيا بوصفة نتاج أحداث البيئة ويسعى التحليل السلوكى إلى التوصل إلى عدد من الفروض الاكلينيكية عن المتغيرات التى تضبط السلوك المضطرب وتحافظ عليه (لويس مليكة، ١٩٩٤، ١١).

ويشير حمدى إبراهيم (١٩٩٠، ٣٢) إلي أن العلاج السلوكى يركز على الأحداث والنتائج المترتبة عليه في ايجاد السلوك والمحافظة على بقاء ه واستمراره، ويتوفر لهذا المدخل العديد من فنيات العلاج السلوكى التى من شأنها أن تعمل على تقوية سلوك قائم أو تقليل وإلغاء سلوك قائم وتشكيل وبناء سلوكيات مرغوبة، وفى اطار علم النفس الحديث فقدتطور العلاج السلوكى تأسيسا على تطور المدرسة السلوكية التى اشتملت على كثير من الأراء النظرية القائمة على أساس من المنهج التجريبى والتى يمكن أن نتعرف فيها على المراحل الآتية في العلاج السلوكى:

- يوضح لويس مليكة (١٩٩٤) أن (Watson & Rayner and J. B, (1920, 1- 14 يشير إلي: فى المرحلة المبكرة يمكن أن نتعرف على بعض التجارب التى أسهمت في ظهور العلاج السلوكى فلقد أجرى تجربة لاحداث الخوف لدى طفل صغير يبلغ من العمر أحد عشر شهرا حيث تعرف على مثير يحدث الخوف لدى هذا الطفل وهو الصوت العالى فقاما بتقريب أرنب أبيض كان من المألوف للطفل أن يقترب منه دون خوف وفى نفس الوقت يصدران الصوت العالى وبعد فترة كانا يقربان الأرنب وحده حيث تبين أن الطفل يخاف منه.بل أن الطفل عمم الخوف إلى مثيرات أخرى قريبة الشبه من المثير المشروط (الأرنب الأبيض) مثل فراء أبيض على معطف أو رجل ذى لحية بيضاء.

- وأشار أيضا إلي أن جوزيف ولبيه في عام (١٩٥٨) كتابه الشهير العلاج بالكف بالنقيض: الذى شمله التفصيلات الخاصة بالاجراءات والنتائج التى حصل عليها من تطبيقه لقواعد التعلم في علاج الاضرابات العصابية لدى الراشدين. وفد أورد ولبيه عددا من الأساليب العلاجية التى بناها على أساس من نظرية بافولف (١٩٢٧) Pavlov ونظرية هل (١٩٣٤) Hullللتعلم. وما قام به هونفسه من بحوث تجريبية على تخفيض الخوف على حيوانات التجارب. وأوضح أن ازالة الخوف يعتمد على قاعدة الكف بالنقيض Reciprocal ingibitio حيث افترض أنه يمكن تحديد الخوف أو القلق اذا استطعنا ايجاد استجابة مضاده للقلق. وبناء على هذه القاعدة طور الطريقة الشهيرة الأن في علاج الخوف والتى تعرف بالتخلص التدريجى من الحساسية.

- **هانز أيزنك في انجلترا Hans Eysenck:**

تمثل بحوث وكتابات هانز ايزنك وتلاميذه في معهد الطب النفسى بجامعة لندن علامة بارزة في تطور العلاج السلوكى كبديل عن العلاج النفسى التقليدى، التحليل النفسى. وقد ركز ايزنك في أعماله بصفة خاصة على القواعد والأساليب التى طورها كل من بافلوف وهل وكذلك بعض المنظرين في مجال التعلم مثل مورر (١٩٤٩) وملير (١٩٤٨).ونأدى بأن العلاج السلوكى انما هو طريقة علمية قائمة على أساس من طرق ثبت تجريبيا فاعليتها عن العلاج النفسى التقليدى. وفى رأى أيزنك أن العلاج السلوكى يعتبر علما تطبيقيا سمته الاساسية أنه يمكن تمحيصه كما يمكن تخطيئه. والنظرية التى يمكن تمحيصها (اختبارها) هى التى يمكن تحديدها بدقة كافية بحيث يمكن تعرضها للبحث التجريبى. أما النظرية التى يمكن تخطيؤها Falsifable فهى التى تحددالظروف التجريبية التى يمكن أن تنتج في النظرية التى ترفض. وقد أوضح ايزنك أنه على عكس العلاج السلوكى نجد أن التحليل النفسى شابه الغموض الشديد في الصاغة بحيث لايمكن اختبار نظريته كما أنه كان من المستحيل أيضا تحديد الظروف التى يمكن في ظلها اكتشاف خطأه.

- **ب.ف. سكينر B.F.Skinner:**

تعتبر اسهامات سكينر في مجال التعلم من الاسهامات الاساسية التى ساعدت على تطور العلاج السلوكى وتتمثل هذه الاسهامات في قواعد الاشراط الاجرائى operant conditioning ثم توسيع هذه القواعد وتطبيقها على المشكلات البشرية، ومن أهم كتابات سكينر في هذا المجال كتابه الشهير عن العلم والسلوك البشرى (١٩٥٣) Human Behavior Science andوالذى انتقد فيه طريقة التحليل النفسى وعرض تصورات للعلاج النفسى في صورة مصطلحات سلوكية.ويركز سكنر في كتاباته على أن السلوك المشاهد observable behavior هو الموضوع الاساس في التغييرالعلاجى، ويعتبر هذا الرأى من المحاور الاساسية التى يقوم عليها العلاج السلوكى. ومن الناحية

الفلسفية فأن الاشتراط الاجرائى كما يراه سكنر ينتمى الى السلوكية الراد يكالية والتى ترى أن السلوك الظاهر هو الشيء الوحيد المقبول في البحث العلمى. وقد نتج عن الرأى الذى تبناه سكينر بخصوص مدى أهمية الخبرة الذاتية في تشكيل السلوك جدل كبير. والمشكلة هنا ليست في ما إذا كان سكنر يعترف بوجود احداث خاصة وذاتية مثل التخيلات والأفكار والمشاعر، إنه فعلا يعترف بذلك، ولكن السؤال الهام ليس في وجود الخبرة الذاتية وإنما ماهية الدور الذى تقوم به في تنظيم السلوك الإنسانى. وقد أقر سكنر نفسه بضرورة ادخال الاحداث الخاصة في التحليل التجريبى للسلوك غير انه من الواضح من أعمال سكن بصفة عامة أن الدور الذى تلعبه الاحداث الخاصة (الخبرة الذاتية) قد ظل محدودا في نظريته وهويرى على الدوام أن العمليات الذاتية مثلا الأفكار والتخيلات لايمكن أن تمثل علاقة السبب بالنسبة للسلوك وإنما هى أحداث ترتبط بالسلوك الذى يعتبر دالة (نتيجة) للنتائج الخارجية وفى شكل جازم فان وجهة نظر الاشراط الاجرائى تفترض انه بعيدا عن التأثيرات الوراثية فان السلوك البشرى تحكمه تماما الأحداث البيئية والتى تعتبر بعيدة تماما عن تحكم الفرد وسيطرته. كذلك فقد اعتمد سكنر في بحوثه على دراسة الكائن الفرد وعلى إعادة وتكرار القياسات على نفس الفرد الذى تجرى عليه التجربة تحت ظروف تجريبية عالية الضبط ويرفض سكنر الأخذ بطريقة المقارنات الاحصائية بين مجموعات من الالات (أفراد البحث) مبرراذلك بأن المتوسطات لاتعكس السلوك الحقيقى للحالات الفردية. وقد سميت طريقته بالتحليل التجريبى للسلوك تمييزا لها عن الطريقة العلمية التقليدية في التحليل الاحصائى لبيانات مجموعة من المجموعات. انطلاقا من هذه التسمية عرفت التعديلات التى أدخلت على طريقة سكنر لاستخدامها في المشكلات الإنسانية بالتحليل السلوكى التطبيقى Applied Behavoir Analysis (واطسون، ٥٤، ١٩٩٧).

- **العلاج السلوكى: الانطلاقة العلمية:**

على الرغم من تلك التجارب الرائدة في محاولة علاج بعض المشكلات كتلك التجربةالتى قامت بها مارى كوفر جونز (١٩٢٤) والتى سبقتها تجربة واطسون وراينر (١٩٢٠) فإن العلاج السلوكى ساربطء شديد فيما بين العشرينات والخمسينيات من القرين العشرين نتيجة لسيطرة العلاج التقليدى (التحليل النفسى) ورفض أصحاب لمدرسة التقليدية لآراء المدرسة السلوكية التى خرجت بكثير من ارائها من التجارب التى أجريت على حيوانات قائلين أن هذه الآراء بسيطة وغير مناسبة لعلاج المشكلات التى تواجه البشر.غيرأن الحرب العالمية الثانية ارتفعت اصوات الانتقاد بشدة ضد المدرسة التقليدية وأوضح كثير من الباحثين عدم وجود أدلة على جدوى التحليل النفسى (ايزنك ١٩٥٢، ويفيت Levitt (1957)، وقد حاول Dollard and Miller (1950) ترجمة نظرية التحليل النفسى إلى لغة

الثير والاستجابة في نظرية التعلم ولم تكن لهذه المحاولة أثار أكثر من المساعدة على بقاء التحليل النفسى.

وفى أواخر الخمسينيات شهد مجال الأمراض النفسية تحولا هاما بتبنى أراء المدرسة السلوكية في تفسير السلوك كوجهة جديدة في علم النفس أو نموذج علمى Paradigm ووجدت أراء ولبيه وايزنك وسكنر طريقها للتطبيق في المجال العلاجى. وشهد عقدا الستينيات والسبعينيات تطورات كبيرة في مجال العلاج السلوكى حيث تجاوز مرحلة الاعتماد على قواعد الاشراط الكلاسيكى والاجرائى التى استنتجت من البحوث المختبرية على الفئران والحمام. وقد اطلق جون كرمبولتز Krumboltz اصطلاح الانطلاقة العلمية على عصر العلاج السلوكى.

٢- تعريف العلاج السلوكي:

العلاج السلوكي أسلوب من الأساليب الحديثة يقوم علي أساس إستخدام نظريات وقواعد التعلم ويشتمل علي مجموعه كبيرة من الفنيات العلاجية التي تهدف إلي إحداث تغيير إيجابي بناء في سلوك الإنسان". حيث أن العلاج السلوكي نوع من أنواع العلاج يهدف إلي تحقيق تغييرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر إيجابية وفاعلية ويهتدي العلاج السلوكي لتحقيق هذا الهدف بالحقائق العلمية والتجريببية في ميدان السلوك (عرفات صلاح، ٥٩، ٢٠٠٤).

حيث يعد فهم السلوك الإنسانى هدفا رئيسيا من أهداف علم النفس، ولقد حاول علماء النفس في الماضى والحاضر فهم ذلك السلوك وفسروه وفق نظريات مختلفة ومنها النظرية اسلوكية، على أن مهمة علم النفس لم تقتصر على فهم السلوك الإنسانى فقط بل تناولت ضبطه في الوقت الحاضر والتنبؤ به في المستقبل (فاروق الروسان، ٢٠٠٠، ٤٧)

ومن أهم هذه التعريفات مايلي:

- تعريف سهام السلامونى (٢٠٠١، ٢٨): العلاج السلوكى هوتعديل الاستجابة بما يتضمنه أحد نماذج نظريات، وبشكل أكثر وضوحا يكون تحديد السلوك على أنه التعديل المقيد للسلوك في اتساق مع المبادىء التجريبية التى تم التحقق منها والقائمة على مفاهيم التعلم (مثير- استجابة) وعلى الخصائص البيوفيزيائية للكائن العضوى.
- تعريف محمد محروس ومحمد عبد الرحمن (١٣، ١٩٩٨): العلاج السلوكى أسلوب من الأساليب الحديثة يقوم على أساس استخدام نظريات وقواعد التعلم، ويشتمل علي مجموعة كبيرة من الفنيات العلاجية التي تهدف إلي إحداث تغيير إيجابي بناء في سلوك الإنسان وبصفة خاصة سلوك عدم التوافق.

- ويذكر واطسون (١٩٩٧، ١١) أن تعديل السلوك شكل من أشكال العلاج النفسى ويعنى أساسا بتغيير السلوك المشاهد، وموضوع الاهتمام الرئيسى فيه هو السلو الذى يمكن ملاحظته في الطفل.
- تعريف حامد زهران (١٩٩٧، ٢٣٧): العلاج السلوكى أسلوب علاجى يستخدم مبادىء وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج النفسى، ويعتبر محاولة لحل المشكلات السلوكية بأسرع مايمكن وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضى المتمثل في الأعراض وتنمية السلوك الإرادى السوى لدى الفرد.
- يرى فاروق الروسان (١٩٩٤، ٢١٨): العلاج السلوكى يحتوى علي شكل من أشكال العلاج النفسى يعتمد على نظريات التعلم، ويفترض هذا الأسلوب في العلاج أن الأعراض المرضية هى نتيجة تعلم خاطىء تم عن طريق الاشراط، ويمكن إزالة هذه الأعراض عن طريق الاشراط أيضا، أو بمعنى اخر عن طريق تعديل السلوك المرضى وتنمية السلوك السوى لدى الطفل.
- أما لويس كامل مليكة (١٩٩٤، ١١) فقد ذكر أنه:" إذا كان العلاج السلوكى قد عرف في الستينات وأوائل السبعينات بأنه تطبيق نظامى لأسس التعلم في تحليل وعلاج اضطرابات السلوك، فإنه ينظر اليوم إلى هذا التعريف بأنه ضيق، ليست كل أساليب العلاج مستمدة من مدارس التعلم. ولكن الأمر الأساسى في المدخل السلوكى للعلاج هو التأكيد على الأحداث القابلة للملاحظة والمواجهه وبخاصة سلوك المريض أكثر من أن يكون الحالات والمركبات العقلية المستنتجة. وإذا كان ينظر في المناهج العلاجية التقليدية إلى المشكلات بوصفها مشكلات داخل الشخص، فإن العلاج السلوكى ينظر إلى السلوك (داخلياً وخارجياً) وصفه نتاج أحداث البيئة. بالتالى فإن البيئة هى غالبا العميل، ومن ثم يكون التركيز غالبا لا على الفرد الذى يعانى من المشكلات، ولكن على مايحدث في بيئة الفرد، فهى التى تبقى غالبا على المشكلات، وبالتالى فقد يهدف العلاج إلى إعادة تنظيم المؤسسات التى يرتبط بها الفرد مثل المدرسة والمنزل والمكتب والمصنع بقصد تعديل عواقب سلوكها على الفرد. ويحاول المعالج فهم المريض الفرد ومشكلاته من خلال الربط بين هذه المشكلات (الأعراض) والأحداث القابلة للتعرض".
- تعريف عبد الرحمن عدس، محى الدين متولى (١٩٩٢، ٣٨٤): العلاج السلوكى يركز على مبدأ ممفاده" أن السلوك شىء متعلم وأنه إذا كان هذا السلوك خاطئا فعلينا أن نعلم الطفل أو نساعده في إعادة تعلم السلوك المطلوب"، فهذا الأسلوب يقوم على تعليم الطفل كيف يعدل من سلوكه بدلا من إكتسابه القدرة على تفحص سلوكه وحل مشاكله، فهذا الأسلوب يعتمد على أساليب التعلم الاشراطى الكلاسيكى والإجرائى على حد سواء لإحداث التغير المطلوب.

- تعريف كامليا عبد الفتاح (١٩٩١، ٥- ٦): العلاج السلوكى بأنه يمكن أن يقدم لعدد محدد من الأطفال في وقت واحد دون تحقيق أهداف جماعية، وعادة ما يختلف أسلوب العمل باختلاف المعالجين واختلاف نظرياتهم ومناهجهم ومذاهبهم العملية
- ويذكر عادل الاشول (١٩٨٧، ١٢٧) أن تعديل السلوك هو تشكيل لسلوك الفرد لكى يخفض من الأنماط السلوكية السلبية مع تدعيم الأنماط السلوكية الإيجابية بصورة مخططة ومنظمة، وقد يتضمن ذلك تطبيق مبادىء التعلم في الاشراط والتعلم بالنموذج والتشكيل لتغيير سلوك الفرد إلى الاتجاه المرغوب فيه.
- وعرفه أرنوف ويتيج (١٩٨١، ٣٤٢) بأنه: "أوسع مجالات تطبيق مبادىء التعلم، وهويتضمن استخدام مبادىء التعلم للتحكم في استجابة الفرد بهدف تحسين أسلوب حياته"

وبناء علي التعريفات السابقة فقد توصلت الباحثة للتعريف الإجرائي التالي"للعلاج السلوكي" بأنه عملية تتضمن استخدام مجموعة من الفنيات والأساليب والإجراءات، بهدف زيادة معدل ممارسة الفرد لسلوك مرغوب فيه أو تدعيم هذا السلوك، أو تعليمه سلوكا جديدا أو خفض معدل ممارسته لسلوك غير مرغوب فيه.

٣- الأسباب التى أدت الى ظهور العلاج السلوكى:

لقد ظهرت حركة العلاج السلوكى كرد فعل مناهض ومعارض لمنهج العلاج ةبالتحليل النفسى الذى ابتكره عالم النفس النمساوى سيجموند فرويد، ذلك لأن منهج العلاج النفسى التحليلى منهج طويل الأمد باهظ التكاليف اضافة الى ذلك فانه يغزو شخصية المريض ويتدخل في كيانها وتركيبها لتعديلها، ويقتحم أسرارها ومكنوناتها ويجافى هذا المبادىء الاخلاقية وما ينبغى أن يتوفر للمريض من الاستقلالية والذاتية ومن الحفاظ على كيانه الشخصى.

اضافة الى ذلك، فان العلاج بالتحليل النفسى ينطولا على بعض الأفكار الفلسفية أو الفرضيات الغيبية من ذلك فكرة الأنا وفكرة اللاشعور، اللبيدو وعقدتى أوديب والكترا وفكرة النرجسية لذلك ظهرت الحاجة الى منهج اخر لعلاج المشكلات النفسية مع تحاشى هذه السلبيات ولذلك ظهر منهج العلاج السلوكى وتبلور على يد عدد من علماء النفس من بينهم جوزيف وولب ولازاريوس وان كانت جذور هذا المنهج ترتد الى الأعمال العلمية والتجارب التى أجراها علماء السلوكية علىالحيوان وفى مجال تفسير عملية التعلم من أمثال واطسون وسكينر وباندورا وكلارك هل وأدواردلى ثورنديك وايفان بتروفيتش بافلوف وغيرهم والواقع أن للسلوكية نظرتها الخاصة في نشأة الأمراض النفسية، تلك النظرة التى تختلف عن عقيدة التحليلين في هذا الصدد (عبد الرحمن العسيوى، ٣٣، ١٩٩٧- ١٣٤).

٤- اجراءات العلاج السلوكى:

تسير عملية العلاج السلوكى على النحو التالى:

١- تحديد السلوك المطلوب تعديله.

٢- تحديد الظروف التى يحدث فيها السلوك المضطرب.

٣- تحديد العوامل المسئولة عن استمرار السلوك المضطرب.

٤- اختيار الظروف التى يمكن تعديلها أو تغييرها.

٥- اعداد جدول لاعادة التعلم.

٦- تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب.

٧- تعديل الظروف البيئية (رنا سحيم، ٢٠٠٨).

٥- مزايا وإيجابيات العلاج السلوكى:

مع بدايات ظهور العلاج السلوكى منذ أن طبق العالم الأمريكى"واطسون Watson" ماتوصل اليه العالم الروسى"بافلوف Pavalove" في الفعل المنعكس لوصف واكتساب الأمراض النفسية وازالتها، ومع استخدام نظريتى التعلم الاجتماعى، والتعلم المعرفى فيما يعرف بالثورة الثانية في العلاج السلوكى، زادت فعالية هذا الاتجاه، وأثبت أن له مكانة تفوق أنواع العلاجات الأخرى، وهذا ماجعل له العديد من الجوانب الايجابية والمزايافى علاج الأمراض النفسية.

ومن أهم الجوانب الايجابية للعلاج السلوكى في الأمراض النفسية فما يلى:

١- تشترك معظم مدارس العلاج السلوكى في أن اهتمامها يتركز على السلوك الحاضر بدلا من تاريخ نشأة السلوك، فلا يهتم المعالج بمعرفة خبرات التعلم الرئيسية السابقة طالما أنها تؤثر في المشكلة السلوكية الحاضرة، وكذلك الحالات البيولوجية التى قد تحد من امكانية تعديل السلوك (لويس كامل مليكه، ١٩٩٤، ٣٢).

٢- ويرى "أيزنك Eysenk" أن من المسلمات الرئيسية التى يتبناها المعالج السلوكى والتى تضعه في موقع فريد وختلف جذريا عن العلاجات النفسية الأخرى أنه لا يرى ما يراه المحللون النفسيون مثلا:

وجوب ازالة ماوراء الأعراض من أمراض أو صراعات داخلية مفترضة، لأنه لايوجد في نظامه العلمى مثل هذه الافتراضات. إذن يرى المعالج السلوكى أن علاج العرض هو علاج للمرض، وأن العلاج الفعال هو الذى يمكننا من التخلص من تلك الأعراض بنجاح.

٣- إن عمليتـى التشـخيص والعـلاج فـي طـرق العـلاج السـلوكى شـئيان ملتحمـان، اذ أن تشـخيص المشكلة لا يعدو كونـه محاولـة جاهدة لتحديد التصرفات أو الأخطـاء التى مر بها الطفل فجعله يخـاف أو يقلق.فالمعـالج السلوكى عنـدما يقوم بعمليـة التشـخيص فانـه يبحث عن الشـروط التـى أحاطـت بعمليـة الـتعلم المرضـى، وهـى الأسـباب التـى بمجـرد ازالتهـا تحقق العـلاج (عبـد السـتار ابراهيم واخرون، ١٩٩٣، ٣٨).

٤- يهتم المعالج بالجوانب الكمية في البيانات ابتداء من البيانات التى يسجلها قبل العلاج، فهى تخدم محكا لتقويم التقدم العلاجى ولتحديد درجة صحة تعريف المشكلة وفعالية استراتيجية العلاج. كما أن هذه البيانات الكمية تقدم للعميل لدعم تقدمه، ولكن أهم وظيفة لهذه البيانات الكمية هى تذكير المعالج دائما بـأن جهوده العلاجيـة يتعين أن تتركز حول السلوك، فـلا يكتفـى بتعبيرات المريض عن مشاعره الشخصية، لأنها ليست دليلا على فاعلية العلاج (لويس كامل مليكه، ١٩٩٤، ٣١).

٥- بسبب تركيـز العـلاج السلوكى علـى استخدام فنيـات محـددة لكـل مشـكلة فقد أصـبح هذا العـلاج يسـتغرق وقتـا أقصـر وتكلفـة أقـل، وللأسـباب السـابقة زاد عـدد المسـتفيدين منـه. ولـم يعـد العـلاج النفسى مقصورا على الأغنياء والمتعلمين والأذكياء كما هو في العلاجات النفسية التى تعتمد على التحليل النفسى، وأصبح العلاج النفسى متاحا لكل الفئات المرضية والاجتماعية.

٦- من الناحية التعليمية الأكاديمية، فان التطور بمناهج العلاج السلوكى قد أدى الى امكانيات واسعة في تخريج كثير من المتخصصين في العـلاج النفسى. فقد أصبحت امكانيات التدريب ممكنـة، وأصبحت قواعد العلاج محددة ومنهجية، وأصبحت فنيات العلاج قابلة للاكتساب، ومن ثم تعدد المستفيدون من هذه المهنـه ولم تعد مقصورة علـى الطبيب با أمكن الآن تدريب كثير من الفئات المهنيـة كالخدمـة الاجتماعيـة والتمريض وعلم النفس علـى استخدام فنيـات العـلاج السلوكى (عبد الستار ابراهيم واخرون، ١٩٩٣، ٢٥٤- ٢٥٦).

٦- سلبيات وعيوب العلاج السلوكى:

للعلاج السلوكى رغم هذه المزايا عدة عيوب نوجزها فيما يلى:

١- أحيانا يكون الشفاء وقتيا وعابرا.

٢- يتميز السلوك البشرى بالتعقيد وليس من السـهل تحديد أنمـاط بسيطة من العلاقات بين المثير والاستجابة حتى يمكن تعديلها.

٣- يركز على التخلص من الأعراضفهو لايهتم بعلاج المصدر الحقيقى للاضطراب.

٤- لايستطيع أن يعالج جميع أنواع الاضطرابات السلوكية.

٥- قد تثير عملية استبدال استجابة غير مرغوب فيها بأخرى مرغوب فيها اللى اثارة القلق والصراع لدى الفرد، لأن الاستجابة الثانية قد تشبع دافعا معينا لديه كالحاجة الى التقدير مثلا، وفى نفس الوقت تقيم عقبة في وجه اشباع دافع اخر كحاجة الشره الى مزيد من الطعام، ويؤدى هذا الصراع الى تفاقم المشكلة وزيادة حدة الاضطراب (حنان عبد الحميد العنانى، ١٩٩٥، ١٧٨- ١٧٩).

٧- التصورات النظرية في مجال العلاج السلوكى:

يشهد العلاج السلوكى في الوقت الحاضر مجموعة من التصورات النظرية والتى نعرضها فيما يلى، على أنه من الاهمية بمكان أن نتذكر أنه على الرغم من عرضها بمعزل عن بعضها لكنها ليست متعارضة تماما ويمكن النظر إليها على أنها تركز على جوانب مختلفة.

أ- التحليل السلوكى التطبيقى Applied Behavior Analysis:

تتسق هذه الفقرة من الناحية الفلسفية مع النظرية السلوكية عند سكنر (١٩٥٣) وتعتمد على قواعد وأساليب الاشراط الإجرائى وقد استخدمت أساسا مع الأفراد الذين لديهم طاقات معرفية (عقلية) محدودة وحيث يعتقد أن البيئة لها تأثير في وجود سلوك المشكلة. وقد استخدمت هذه الأساليب بشكل مركز مع الأطفال الصغار والمتخلفين عقليا، والمرضى الذهانيين في المستشفيات.

ب- طريقة المثير والاستجابة الحديثة:

تستمد هذه الطريقة من الاسهامات الرائدة لكل من ولبية وأيزنك وتحاول أن تستخدم نظرية المثير والاستجابة لكل من بافلوف، جاثرى، هل، مورر وميلر في علاج المشكلات العيادية. وعلى النقيض من نظرية الإشراط الإجرائى التى ركزت تماما على السلوك الظاهر (الشاهد) فانها تعطى أهمية للمتغيرات الوسيطة في تفسير وتعديل السلوك الإنسانى. على سبيل المثال فإنها تفترض أن الاختلالات العصابية تنتج عن باعث للقلق أو الخوف. والقلق هوتكوين فرضى لايمكن مشاهدته بشكل مباشر. ويرتبط بهذه الطريقة أو هذا التصور (المثير والاستجابة) طريقة التخلص التدريجى من الحساسية التى تستخدم بشكل واسع في علاج القلق والخوف.

ج- طريقة العلاج المعرفى السلوكى Cognitive Behavior therapy:

تعتبر هذه الطريقة من أحداث التصورات في مجال العلاج السلوكى، وهى تستند على افتراض أساسى يؤكد على أهمية العمليات العقلية أو الترميزية في تنمية السلوك المرضى والابقاء علية وتعديله أيضا ماهونى Mahoney (١٩٧٤). ومن المفاهيم الأساسية في هذه النظرية الإدراكات الذاتية للفرد عن الأحداث وتفسيراتها واسهامته السلوكية فيها وتقاريره الذاتية، واستراتيجياته العقلية. ومن أهم الأساليب المستخدمة في هذه الطريقة أسلوب إعادة البنية المعرفية Cognitive Restructuring

وتقوم فكرة هذه الأساليب على أن التفكير غير العقلانى له تأثير كبير على الآثار النفسية المرتبطة بحدث ما، وكذلك الخطأ في تفسير النتائج. وتختلف الأساليب من الاعتماد على الجانب العقلى تماما مثل الجادلة العقلية والتحليل المنطقى إلى استخدام الاساليب السلوكية المباشرة.

د- نظرية التعلم الاجتماعى Scoial Learning theory:

عرض البرت باندورا (Bandura (1969, 118 في كتابه المرجعى عن تعديل السلوك اشمل وأدق حصر للعلاج السلوكى المعاصر في اطار تصورى لنظرية التعلم الإجتماعى. ومما يميز نظرية التعلم الإجتماعى أنها جمعت بين المداخل الثلاث التى سبق عرضها والتى اهتمت بالسلوك الإجرائى (سكنر) والإشراط الكلاسيكى (ولبيه) والجوانب العقلية (المعرفية) وذلك في اطار نظرى واحد (باندورا، ١٩٧٧، ٨٤). أما الميزة الثانية لنظرية التعلم الإجتماعى فهى افتراضها أن الأداء السيكولوجى يشتمل على تفاعل متبادل بين ثلاث مجموعات من العوامل هى السلوك، العوامل المعرفية، التأثيرات البيئية حيث يوضح أن الشخص لاتوجهه القوى الداخلية كما أنه ليس منفعلا سلبيا للضغوط الخارجية وانما هو محرك وموضوع لتأثير البيئة. والمميزة الثالثة لهذه النظرية هى اعتبارها أن الشخص عامل أساسى للتغيير حيث تركز على طاقة البشر في التوجية الذاتى لتغيير السلوك.

هـ- العلاج المتعدد الوسائط Multimodal Behavior therapy

طور هذه النظرية أرنولد لازاروس (١٩٧٦) Lazarus. وفى هذه الطريقة يجرى تحليل المشكلات الكلينيكيية إلى سبع مكونات أساسية تتفاعل مع بعضها (Modalition) والتى تجمعها حروف الكلمتين BASIC ID وهى السلوك Behauior، الوجدان Affectالإحساس Sensation، التخيل Imagery، المعرفة Cognition، العلاقات الشخصية Interpaersonl، العقاقير Drungs.

ثم يركز العلاج بعد ذلك على مشكلات محددة داخل كل مكون من هذه المكونات.

أن هذه المداخل النظرية والإجرائية المختلفة تجمعها خطوط تقرب بيبها تجعلها تنتمى جمعيا للعلاج السلوكى. ومن أبرز هذه الخطوط فرضان أساسيان يقوم عليهما العلاج السلوكى هما:

١- أن العلاج السلوكى يقوم على نموذج سيكولوجى للسلوك الإنسانى يختلف جذريا عن النموذج السيكودينامى التقليدى في تفسير الأمراض النفسية.

٢- الإلتزام بالمنهج العلمى والقياس والتقويم.

الواقع أن أول من استخدام مصطلح العلاج السلوكى هو العالم لازارس (Lazarus) عام (١٩٥٨) (متأثيرا بالعالم جوزيف ولب)، وقد استخدام لازاروس المصطلح للإشارة إلى طريقة جديدة في العلاج النفسى، والواقع أن العلاج النفسى السلوكى هوعلاج قديم بقدم المحاولات التى قامت من أجل ضبط السلوك باعتمادها على وسيلة الثواب والعقاب، الإأن هذه المحاولات القديمة تشبه لحد ما

المحاولات الت قام بها مخترع المعداد للعد الحسابى (Abacs inventor) إذا ما قورنت بنفس الدرجة بمصصم الآلة الحاسبة المعقدة فلى وقتنا الراهن، ويبدو أن التحدث عن تاريخ العلاج السلوكى يتطلب الإشارة إلى أعمال العالم واطسون (Watson) ومارى كفر جونز (Marry Jones) حيث نجد لدى هؤلاء أسس هذا الشكل من العلاج لقد اهتم واطسون بالأعمال التى قام بها العالم لروسى بافلوف حول الإشراط الكلاسيكى، الإ أن بافلوف اعتبر الإشراط كطريقة دراسة فسيولوجية لقشرة المخ (The Cortex)، بينما واطسون اعتبر الإشراط وسيلة لتفسير التعلم، وهذا مادفع بواطسون القيام بتجربته المشهور حول الطفل البرت الصغير عام (١٩٢٠) (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٤، ١٣– ٢٩).

٨- فنيات العلاج السلوكي:

يعتبر العلاج السلوكى Behavior therapy أسلوب من الاساليب الحديثة يقوم على أساس استخدام نظريات وقواعد التعلم، ويشتمل على مجموعة كبيرة من الفنيات العلاجية التى تهدف إلى احداث تغيير إيجابى بناء في سلوك الإنسان وبصفة خاصة سلوك عدم التوافق (محمد محروس الشناوى، ١٣، ١٩٩٤– ٢٩).

لقد برز العلاج السلوكى بصفة عامة وفنياتة بصفة خاصة بوصفه منهجا نظاميا شاملا للعلاج، حيث أشار لويس مليكة (١٩٩٤) أن من السمات التى تميز العلاج السلوكى أنه يتناول تعديل أشكال السلوك القابل للملاحظة ومنها السلوك العدوانى، أن العلاج السلوكى يتميز عن العلاجات الأخرى في أنه يساعد المريض على أن يستبدل السلوكيات الخاطئة بأخرى صحيحة طبقا لنظريات التعلم ويساعد المريض على اكتساب مهارات تساعد على التكيف، كما أنه لايستغرق وقتا طويلا للعلاج (لويس مليكة، ١٩٩٤، ١٨).

لقد عرفت فنيات العلاج السلوكى بأنها تلك الفنيات التى يكون في جوهرها الرئيسى عملية تعديل السلوك، وعلى هذا فإن استخدام تلك الفنيات أو بعضها هو بمثابة تعديل للسلوك المضطرب. ولقد ظهر هذا المفهوم منذ أمد بعيد وعمل به الآباء والأجداد قبل ظهوره بطريقة منظمة كما هو الحال في الوقت الحاضر، فالثواب والعقاب بأشكاله المختلفة ماهو الإتطبيق عملى لأساليب تعديل السلوك، ويتمثل أسلوب تعديل السلوك الحديث في وضع استراتيجات وأساليب جديدة ومن ثم تقييم تلك الاستراتيجيات والأساليب لمعرفة مدى فعاليتها في هذا المجال، فتعديل السلوك يتناول السلوك غيرالمرغوب فيه والسلوك المرغوب فيه حتى يحدث نوع من التثبيت لدى الفرد للمحافظة على اسمراريته، ومن هنا فقد ظهر الاتجاه السلوكى في علم النفس والذى يعد من المتكزات الأساسية في موضوع تعديل السلوك إذ يصعب وضع أى استراتيجية لتعديل السلوك ومن ثم اختيار أسلوب التعديل المناسب دون وضع السلوك إجرائياً (فاروق الروسان، ٢٠٠٠، ٥١– ٥٢).

ومن خلال العرض السابق نلاحظ أن العلاج السلوكى يحتوى على العديد من العناصر والفنيات برغم الاختلافات المنهجية بين العلماء في تحديد أو تعرف المعنى الخاص به، وسوف نتناول بالشرح والتفصيل الفنيات الأساسية المستخدمة في التعامل مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم عينه الدراسة كالأتي:

أ- فنية التعزيز الايجابى (Positive Reinforcement):

لقد ابتدع هذا الأسلوب "سكنر Scanner" وأكد على أهمية التعزيز الإيجابى في تعديل السلوك المضطرب وذلك عن طريق إثابة الفرد بكافة أشكال الثواب المادية والمعنوية التى تؤدى إلى راحة الفرد وسروره.

وقد استخدام واطسون (١٩٨٨) هذا الأسلوب في علاج الأطفال المتخلفين عقليا والمضطربين نفسياً حيث يعد التدعيم الإيجابى كما يطلق عليه البعض واحداً من أنجح أساليب تعديل السلوك فعالية مقارنة مع أساليب تعديل السلوك الأخرى ويمثل التدعيم كل الأحداث السارة التى تلى حدوث الاستجابة المرغوب فيها والتى تعمل على تكرار ظهورها وتقويتها، وتشمل تلك الأحداث المعززات الأولية واللفظية والاجتماعية والرمزية، ويعتمد التدعيم الإيجابى على مبدأ التدعيم والذى يعنى زيادة تكرار ظهور الاستجابة حين تتبع مباشرة بنتائج أو أحداث سارة وتؤدى في الغالب إلى تقوية ظهورها، ولذا يمكن اعتبار المعزز بأنه" الحث اللاحق السار الذى يزيد من احتمالية ظهور الاستجابة المرغوب فيها" وتبدو قيمة المعززات الإيجابية في تقوية ظهور أشكال السلوك المرغوب فيها، كما تبدو قيمة المعززات الإيجابية في خفض معدل أو تكرار أشكال السلوك غير المرغوب فيها (فاروق الروسان، ٢٠٠٠، ١٠٤).

تعبرهذه الفنية عن تعزيز السلوك المقبول، فالتعزيز يمنح الطفل الطاقة النفسية إلى تدفعه إلى المزيد من بذل الجهد من أجل الاستمرار في السلوك وخاصة التركيز على السلوك المضاد للسلوك العدوانى، مثل التعبير عن رفض سلوك الغضب أو العدائية التى يسلكها الطفل في مواقف مختلفة (مصطفى النجار، ١٩٩٩، ٢٨٣).

والتدعيم الإيجابى يتضمن تقديم شىء سار للطفل مثل مدح أو ثناء أو منحة امتياز ما يرتبط بأداء السلوك المرغوب مثل زيادة وقت اللعب، ولكى يحقق" المدعم الإيجابى" أكبر تأثير له يفضل تقديمه مباشرة بعد وقوع السلوك المرغوب وذلك لكى يربط الطفل بين التدعيم والسلوك (لويس كامل مليكة، ١٩٩٤، ٢٥٤).

ثم إنه يجب أن يكون المدعم محبوبا ومرغوبا فيه من الطفل، أى يجب أن تكون له قيمة ماعند الطفل، وهذه القيمة هى التى ستحدد ما إذا كان الشخص سيبذل جهده للحصول عليه، ومن الأفضل دائما استخدام التدعيم المستمر في بداية تعلم السلوك الإيجابى ثم يمكن الانتقال إلى ا لتدعيم المتقطع عندما يحدث تقدم في السلوك.كما ينبغى التحرر من بعض الأفكار غير المنطقية عند استخدام مبدأ التدعيم، فهناك من يعتقد أن استخدام التدعيم قد يعتبر نوعا من الرشوة للطفل، ولا شك أن المعالج أو الأب الذى يتبنى مثل هذا الاعتقاد سيستخدم التدعيم بطريقة غير فعاله (عبد الستار إبراهيم واخرون، ١٩٩٣، ٨٨).

فالتعزيز هو أى مؤثر يزيد من احتمال الاستجابة وقوتها أو يزيد من قوة العلاقة بين مثير ما والاستجابة الناتجة عنه، ويتأثر التدعيم بعدد من العوامل منها: أن يسبق المثير الشرطى المثير غير الشرطى بفترة قصيرة، كذلك فأنه كلما قصرت الفترة الزمنية بين حدوث الاستجابة والمكأفاة المؤدية إلى الدافع القوى كلما ازدادت العلاقة بين المثير والاستجابة، والتدعيم المتقطع أكثر فاعلية من التدعيم المستمر وبصفة عامة كلما كان المعزز أكبر كلما قلل التوتر وحدته (صالح أبو جادو، ١٩٩٨، ٥٠).

وتذكر علا قشطة (١٩٩٥، ٤٧) أنه على العكس من ذلك فإن برونر Broner يقلل من قيمة التعزيز حيث يرى أن دور التعزيز بسيط للغاية في النمو المعرفى، فيما تلك الحالات التى يكون فيها التعزيز عن طريق معرفة النتائج أو عندكا يراعى طبيعة وتقديم المكافأة، ويجب أن يأخذ التعزيز شكلا يستطيع أن يفهمه الطفل، ويعرف التعزيز أيضا بأنه" حالة ينتهى بها السلوك تزيد من احتمال حدوثه في المستقبل" والمعزز عبارة عن حدث أو مكافأة تزيد من احتمال حدوث السلوك وتكراره في المستقبل عندما يعقبه" المعزز" (عبد العزيز الشخصى، عبد الغفار الدماطى، ١٩٩٢، ٣٨٢)، ويعرفه (2000, Janet 552-553) بأنه حدث لاحق يحدث بعد أن الشخص باستجابة سلوكية وهدفه زيادة أو تقوية السلوك المستهدف.

حيث أن عملية تعديل السلوك عموما تتطلب تحديد الآتى:

- السلوك الغير مرغوب (المطلوب تعديله).
- السلوك المطلوب تقويمه.
- المعزازت التى يمكن أن يؤدى تقويمها إلى تقوية السلوك.
- العوامل المعززة للسلوك غيرالمرغوب والتى يمكن أن يؤدى إبعادها أو عدم تواجدها بالمواقف إلى انطفاء هذا السلوك.

تصنيف المعززات:

يذكر Madsen & Madsen (1975, 16) أنه يمكن تصنيف المعززات إلى مايلى:

- الكلمات: التى يكتبها المدرس أو يتحدث بها.
- التعبيرات: وتتضمن تعبيرات الوجه والجسم.
- الاقتراب: ويتضمن اللمسات الحنونة.
- الأنشطة واالامتيازات.
- الأشياء المادية مثل اللعب والمكافأة (عرفات صلاح، ٢٠٠٤).

ويرى Janet (2000, 552-553) أن المعززات قد تكون خارجية كالطعام واللعب (الدمى) وقد تكون ذاتية أوداخلية كالفرح وذلك عند إتقان مهمة ما، وقد يكون اجتماعيا كلمدح أو التقدير من جانب المدرس أو الوالدين، ويذكر أن المعزز الناجح هو الذى ينال رضا الفرد

وتشير زينيب شقير (٢٠٠٠، ١٢) إلى أن دولارد وميللر Dollard and Miller يريان أن التدعيم هو الذى يغير التعلم من ترتيب الاستجابات في صورته الهرمية، فمثلا الاستجابة الأولى الضعيفة إذا تم أثابتها بصورة فرضية قد تؤدى إلى وقوعها في مكانة رئيسية، حيث أن فنية التدعيم الإيجابى تمكننا من تعديل السلوك الملاضى لدى الأفراد المصابين بالعدوان، وهناك العديد من الإشارات عن استخدامها في تعديل الأفكار الشاذة المضطربة فمن خلال جداول التدعيم نتمكن من تحديد المثير والاستجابة الملائمة له، وتستخدم هذه الفنية في علاج إيذاء الذات، والقلق، والتوتر (Taylor, 2005, 129- 130).

ب- فنية التشكيل التلقينى (التلقين) Shaping Prompting:

إن طريقة العلاج بالتشكيل التلقينى مشابهة لإجراءات فنية التحصين التدريجى (سلب الحساسية بطريقة منتظمة) لكن بدون استخدام أساليب لاسترخاء أو التشريط المضاد Conditioning Technique Counter مثل الصور التى تثير انفعال المريض (عبد الرحمن سيد سليمان، ١٩٩٦، ١٥٢).

ويرى عبد الستار إبراهيم (١٩٩٣، ٥٦) أن التشكيل يستخدم عندما نريد أن نعلم سلوكاً مركباً يصعب القفز إلى تعليمه دفعة واحدة، وتتطلب هذه الطريقة تقسيم السلوك المركب الذى نريد تعليمه إلى خطوات صغيرة وتدعيم إنجاز الخطوات الصغيرة المؤدية إلى الهدف النهائى، والفرق بين التدعيم الفارق والتشكيل هو أنه في الأول يحاول المدرس تعديل معدل سلوك يؤديه التلميذ، بينما يكون الهدف في التشكيل هو تعليم سلوك جديد أو سلوك ينحدر (لويس كامل مليكة، ١٩٩٤، ٢٥٦).

وقد استخدام(1977) Le- Unes & Siemsglusz شخصا شبه محترف لممارسة الإجراءات العلاجية السلوكية (وهو في حقيقة الأمر طالب جامعى تخصص في الدراسات الإنسانية وخاصة علم النفس) وذلك ليعالجا بنجاح فتاخ تبلغ الرابعة عشرة من عمرها وتشكو خوفا مرضيا من المدرسة، وقد استطاع الطالب باستخدام معززات من جانبه، إضافية إلى الوقت المنقضى مع الفتاة في زيادة فعالية إجراءات التشكيل وقد أشار الباحثان إلى أن هذه الإجراءات قد أكملت بأنشطة أخرى صممت لمعالجة القلق وبناء الثقة بالنفس وخلال شهرين تلاشت جميع أعراض المخاوف (عبد الرحمن سيد سليمان، ١٩٩٦، ١٥٤).

ج- فنية حل المشكلات Problem Solving:

ويعرف حل المشكلات على أنه عملية تنظيمية للجهد والوقت، يحدث من خلالها التمييز بين الفروض، ثم مرحلة توليد الأفكار لمعالجة المشاكل، ثم مرحلة التخطيط للوصول الى الحلول الناجحة. ابتكر"بيتر ليووينسهن" علاجا سلوكيا مؤثرا لنماذج الاكتئاب احادى القطبية التى تطابق رأيه بأن مثل هذه النماذج تتعلف بنقص بعض التدعيمات الإيجابية في حياة الشخص، والمعالجون الذين اتخذوا هذا المجال يعيدوا تقديم العملاء إلى أحداث ونشاطات وجدها العملاء ذات مرة سارة، ويدعم المعالجون كذلك على نحو منهجى السلوك غير الاكتئابى ويساعدوا العملاء على تحسين مهاراتهم البينشخصية (حسين على فايد، ٢٠٠٥، ٢٩٦)، حيث تعتبر فنية حل المشكلة من فنيات العلاج السلوكى، فأسلوب حل المشكلات يظهر بصورة مباشرة وبوضوح من خلال توليد الأفكار من أفكار أخرى في سلوك حل المشكلة (Wade, 1993, 323). ومن هنا فمن الضرورى البحث عن الاستجابات الحقيقية والواقعية في أسلوب حل المشكلة، ومعرفة التأثيرات المحتملة للحلول غير العادية ومراعاة التوافق في الحلول بمعنى أن تتناسب مع أفكار الطفل الذاتية من خلال فحصها (Alexander, 1994, 89- 106).

- خطوات اسلوب حل المشكلة:

يقدم وليم عبيد (١٩٩٦، ١٠٩) خطوات حل المشكلة في الآتى:

١- أن يأخذ الفرد جميع أبعاد الموقف.

٢- تحديد المشكلة بوضوح في ضوء فهمه

٣- وفى ضوء فهمه للمشكلة يضع فروضا متنوعة.

٤- الوصول إلى حل معتمدا على العلاقات التى يجب أن يدركها بين المعلومات المتاحة من جهة، وخبراته السابقة من جهة أخرى.

٥- اختبار هذه الفروض للوصول للحل.

ويبرز Wily (1996, 174) الخطوات حل المشكلة من خلال الطفل نفسه: الإحساس بالمشكلة، وأن يدرس المعلومات المعطاة والتحقق منها بدقه، ويقوم بتجزئتها، والأخذ بمبدأ الأفضلية فيها، وتقييم المعلومات، وثبات المعلومات المعطاة، وإيجاد أنواع الحلول، وتجريبها، ومن خلال إتباع الطفل لتلك الخطوات فإنها سوف تساعد في إيجاد حلول لمشاكله المستقبلية. وتستخدم فنية حل المشكلات لتدريب الطفل على مهارة حل المشكلات من خلال الخطوات التالية:

- الاعتراف بالمشكلة وإدراكها- تعريف المشكلة وتحديدها- افتراح الحلول الممكنة- اختبار أحد الحلول.
- التنفيذ- حيث تستخدم في علاج المشكلات التى تحتاج إلى السلوك المعرفى مثل المخاوف والعدوان، مواقف التوافق مع الضغوط (إبراهيم على، ١٩٩٧، ٣١٧).

بالاضافة إلى ذلك فان فنية حل المشكلة تعتمد على الأفكار الموجبة غير المشروطة، حيث أنها توضح العلاقة والمحتوى والأخذ بالخطوات وتحديد الأفكار كما أن الاتجاه الحديث في العلاج السلوكى والقائم على العديد من الفنيات ومنها فنية حل المشكلات يمكننا من تحديد السلوك المضطرب لدى الأفراد وفحصه وتجزئته ثم الوصول إلى الحلول السليمة ومتابعة العلاج بفنيات أخرى، بشرط أن نحدد بدقة الأعراض المضطربة لدى الأطفال المصابين بها ثم يتبع ذلك مرحلة التشخيص الدقيق بتطبيق الاختبارات المعدة لهذا الغرض، ثم تأتى مرحلة العلاج، ومن هنا فإننا نجد شكلا جديدا للعلاج السلوكى وربطه بالاختبارات التى تحدد السمات المضطربة لدى المرضى (Donovan, 2005, 92-93).

ويشير Bilalic (2008, 652- 661) إلى أن أسلوب حل المشكلات يعتبر من الفنيات الفعالة في العلاج السلوكى، وأضاف إلى ضرورة استخدام هذه الفنية مع الأطفال الصم لأنها تساعد كثيرا في علاج السلوك العدوانى لديهم، ومن خلال استعراض تاريخ العلاج السلوكى نجد أنه يؤكد على ضرورة الاهتمام بالمفاهيم التجريبية في العلاج السلوكى والحقائق القابلة للمعرفة والملاحظة، وحتى يمكن استخدامه فلابد أن نساعد الطفل على إيجاد العديد من فنيات تعديل السلوك والتى تتناسب مع كل منهم (Maiden, 2005, 393- 394).

وهناك العديد من مميزات فنيات العلاج السلوكى والتى تكمن فى: التركيز على السلوك (الأعراض) أكثر من التركيز على أسباب مفترضة، يفترض العلاج السلوكى أن السلوكيات غير

المتوافقة إنما هى استجابات متعلمة، كما يفترض العلاج السلوكى أن الأسس النفسية وبصفة خاصة قواعد التعلم– يمكن أن تفيد كثيرا في تعديل السلوك غير المتوافق، ويتضمن العلاج السلوكى إعداد أهداف علاجية محددة (Mansell, 2005, 546).

د– فنية التعلم بالنموذج Appropriate Models:

يعتبر استخدام النماذج السلوكية (التعلم بالنموذج) Modeling أحد الفنيات تستخدم في العلاج السلوكى والتى تستند إلى نظرية التعلم Learning Social حيث تغير (التعلم) نتيجة ملاحظة سلوك يقوم به شخص اخر، وقد يكون الأداء في هذه الحالة في لاحق على المشاهدة وليس بالضرورة أن يشتمل على التقليدا لفورى للسلوك، ويرى (فاروق السعيد جبريل واخرون، ٢٠٠٣، ١٦٦) أن التعلم بالقدوة له دور هام في تعليم الطفل كثير من المهارات الاجتماعية، ولذلك فإن علماء الصحة النفسية والعلاج السلوكى يرون أن الوالدين والمربين وسيلة هامة لتعليم الطفل كمهارة من المهارات والسلوك الاجتماعى، وبجانب اصطلاح النمذجة يستخدم مصطلحان اخران هما:

١– التقليد Imitation.

٢– التعلم بالملاحظة By Learning Observation.

ويستخدم اصطلاح النمذجة ليشير إلى سلوك الذى نلاحظه أى أى كنموذج Model، أما التقليد فإنه مصطلح للدلالة على سلوك المتعلم يلاحظا سلوكا معينا ويقو م بتقليده وهو يعكس الأداء، أما المتعلم بالملاحظة فهو مصطلح للدلالة على التعلم الذى يحدث من ملاحظة الآخرين وقد يكون الأداء في هذه الحالة لاحقا يشتمل على التقليد الفورى، وفى مجال الإرشاد النفسى الحديث فإن الباحثين يرجعون إلى البرت باندورا"A- Bandura" وكتاباته حول التعلم الاجتماعى التى تمثل البدايات الحديثة لاستخدام الأسلوب ويعتبر التعلم بالنموذج فنية علاجية بسيطة في أساسها وفى تطبيقها وهى تقوم عى أساس إتاحة نموذج سلوكى مباشر أو ضمنى (تخيلى) للمسترشد (العميل) حيث يكون له سلوكا جديدا في توصيل معلومات حول نموذج السلوك للعميل بقصد إحداث تغيير ما في سلوكه سواء كان سوكا جديدا أو انقاص سلوك موجود عنده (محمد محروس، محمد عبد الرحمن، ١٩٩٨).

ويرى Bandura (1977, 191-215) أن هناك مصادر مختلفة لاستخدام السلوك، منأهم هذه المصادر التعلم بالملاحظة، أى أن السلوك يمكن أن يكتسب من خلال ملاحظة الفرد لسلوك الآخرين، وهو مايعرف بالتعلم بالنمذجة.

كمايرى" باندورا" أنه بالنسبة للإنسان فإن الملاحظة هى المصدر الرئيسى للتعلم في الثقافة المعاصرة، والتى تكون البيئة فيها رمزية إلى حد كبير، كما يرى أنه من خلال التعلم بالملاحظة يمكن تفسير العديد من أشكال التعلم المهمة مثل اللغة، القواعد الثقافية، الاتجاهات وكثير من الاضطرابات الانفعالية، وللنمذجة أربع وظائف أساسية، فبملاحظة النموذج السلوكى يمكن للمسترشد أن يتعلم سلوكا جديدا مناسبا.

وكذلك فإن ملاحظة النموذج ينتج عنها اثر اجتماعى تسهيلى، وذلك بمساعدة المسترشد عى أداء سلوكيات كان بوسعه أن يقوم بها فيما مضى وذلك في أوقات أكثر ملاءمة وتجاه أشخاص ملائمين، وكذلك قد يؤدى التعلم بالنموذج إلى إنهاء كف سلوكيات كان المسترشد يتحاشاها بسبب الخوف أو القلق، وحين يرفع الكف عن هذه السلوكيات، فإن التعلم بالنموذج قد يزيد الانطفاء بالإنابة (التعويض) للمخاوف المرتبطة بالشخص أو الشيء الذى كان السلوك موجها نحوه (محمد محروس، محمد عبد الرحمن، ١٩٩٨، ١٥٦).

وقد أشار كل من "ولسون واليرى" "Wilson &Oleary" (1980) أن النمذجة لهادور فعال في مساعدة الأطفال الذين يعانون من مشكلات المهارات الاجتماعية (إبتسام حامد السطيحة، ١٩٩٧، ٤٩)، وتوجد أشكال كثيرة للعلاج عن طريق التعلم بالنموذج منها:

أ- **النمذجة المباشرة أو الصريحة (الحية):** وفى هذه الطريقة يتم عرض نماذج حية تقوم بالسلوك المطلوب تعلمه، حيث يتم ذلك عن طريق أشخاص واقعيين أو عن طريق أشخاص ومواقف معروضة في أفلام، وتستخدم النمذجة الحية مع الأطفال في سن ثلاث سنوات، وفيها يتم تعديل سلوك الأطفال بالخوف من الحيوانات (القطط- الكلاب).

ب- **النمذجة الضمنية (التخييلية) Covert Modeling:** في كثير من الأحيان يصبح من الصعب إعداد نماذج حية أو محسوسة لعرضها على المسترشد أو المريض في مكاتب الإرشاد أو العيادات النفسية ولهذا اقترح" كوتيلا" (Cautela, 1971).

ج- **النماذج التخيلية:** وهى تقوم على أساس أن يتخيل العميل نماذج تقوم بالسلوكيات التى المسترشد أن يقوم بها لهذا العميل، أى تخيل سلسلة من الأحداث تؤدى وظيفة النمذجة الصريحة (محمد محروس، محمد عبد الرحمن، ١٩٩٨، ١٦).

هـ- النمذجة Partici Pant Modeling:

وتشتمل عملية النمذجة بالمشاركة على عملية تشكيل نشطة مصحوبة بتوجهات للعميل بجانب النمذجة المباشرة للسلوكيات موضوع العلاج، ويرى باندورا (Bandura (1977, 16 أن هذه الطريقة

في العلاج يكون لها فاعلية أكبر من مجرد الاعتماد على مشاهدة العميل لنموذج يؤدى السلوكيات المطلوبة، وتشتمل النمذجة بالمشاركة على عرض السلوك بواسطة نموذج Model وكذلك قيام العميل بأداء هذا السلوك مع مساعدته بتوجيهات تقويمية من جانب المرشد أو المعالج، وبذلك يصبح هذا الأسلوب أكث فاعلية منالاقتصار على استخدام نماذج تؤدى السلوك دون أداء العميل له، فمثلا يمكن للمرشد أن يستخدم هذا الأسلوب لتعليم العميل يتغلب على مخاوفه وفى وجود المرشد وما يطيه من توجيهات للعميل يحدث أثرا مريحا للعميل وهو يتغلب على مخاوفه بل أن المعالج الماهر لايترك هذا الموقف دون أن يساعد العميل على أن يعقد مقارنة ويتعرف على ماحدث من تقدم وهناك عدد من العوامل تؤثر في عملية النمذجة وهى:

(١) خصائص النموذج:

يميل الناس إلى تقليد الأشخاص الذين يكنون لهم تقديرا وميلا، وبذلك فإن الذى يلقى ترحيبا أو الذى يحظى باهتمام اجتماعى يكون له نتائج أفضل في النمذجة، كذلك المهم أن يكون النموذج مناسبا في السن والنوع والعرق للمسترشد، حيث إن ذلك يزيد قابلية المسترشد لتقليد السلوك النموذج عما لو كان النموذج بعيد ألى الشبه في هذه الجوانب.

(٢) خصائص المشاهد (المسترشد أو المتعلم)

هناك أربعة جوانب ينبغى الاهتمام بمدى توافرها في المسترشد حتى تؤدى النماذج المرغوبة، وهذه الجوانب هى عملية الانتباه، عمليات الحفظ، عمليات الحركى للسلوك وعمليات الدافعية.

أ- **عمليات الانتباه:** لكى تكون عملية النمذجة ذات فعالية يجب أن ينتبه المسترشد إلى موقف النمذجة لكى يستوعب المعلومات التى يعرضها النموذج، وتتوقف عمليات الانتباه على بعض الجوانب الخاصة بموقف النمذجة مثل تنوع الإضاءة والصوت وتكرار المقاطع الهامة وسلامة الجوانب عند المسترشد (محمد محروس، محمد عبد الرحمن، ١٩٩٨، ١٥٨).

ب- **عمليات الحفظ (الترميز اللفظى):** وجد أن الذى ينمى عملية التعلم من خلال النموذج الترمير اللفظى، وفيها يتم المعلومات البصرية إلى موز لفظية، كما أن الترمير اللفظى له أهمية كبيرة في تفسير السرعة في الاكتساب والاحتفاظ طويل المدى واللذين يوجدان في التعلم بالملاحظة، كما أن تحويل المعلومات البصرية إلى رموز لفظية تكون أكثر قابلية للتخزين وتصبح متاحة للاسترجاع.

ج- **إعادة توليد السلوك (الإسترجاع):** وهو عبارة عن تكرر السلوك حتى يتم نسخ الاستجابات، والتدريب يكون له أهمية كبيرة جدا إذا كانت الاستجابات المراد تعلمها معقدة (إبتسام حامد السطيحة، ١٩٩٧، ٣٢).

د- **التدعيم:** وجد أن اكتساب السلوك عن طريق النمذجة يعتمد إلى حد كبير على التعزيز وملاحظة أنه لشخص أخر يجرى تعزيز سلوكه، وينتج عن ذلك تكرار مثل هذا السلوك من قبل الشخص الملاحظ، وعلى النقيض من ذلك فملاحظة شخص لآخر يجرى معاقبته يؤدى إلى كف مثل هذا السلوك من قبل الملاحظ.

(٣) خصائص متصلة بالإجراءات:

قد يشتمل موقف النمذجة والأسلوب الذلى تتم به على بعض الجوانب التي تؤثر على نتائجها، وعلى سبيل المثال فقد لاحظ أن النتائج التى يحصل عليها النموذج (القائم العرض) تؤثر على نتائج النمذجة، فالنموذج الذى يكافأ على السلوك الذى أداه يكون أكثر يليه التقليد من جانب المشاهدين عما لو كان هذا النموذج يتلقى عقابا، كذلك فإن أداء النماذج للسلوكيات المنمذجة في مواقف مختلفة يزيد من اثارا لنمذجة، ومن ناحية أخرى فقد لوحظ أنه عند وجود نماذج متعددة فإن النتائج تكون أفضل مما لوكان هناك نموذج واحد (محمد محروس، محمد عبد الرحمن، ١٩٩٨، ٥٩).

يتضمن التعلم بالنموذج ملاحظة بعض نماذج السلوك، ويلى ذلك- فيما بعد- أداء نفس السلوك، أو سلوك مشابهة له، وقد يكون النموذج الملاحظ شخصا اخر، أو أى نموذج يستطيع أداء السلوك، بما في ذلك الإنسان أو الحيوان، أو أية نماذج رمزية تتضمن مثيرات لفظية كالتليفزيون، أو السينما أو غيرها من وسائل العرض.وغالبا ما تستخدم بعض المصطلحات الأخرى غير مصطلح التعلم بالنموذج- الذى يؤكد فكرة وجود نموذج يحتذى- من قبيل التعلم بالتقليد، والتعلم بالملاحظة، والتعلم الاجتماعى، والتعلم المتبادل. وبؤكد مصطلح "التقليد" على استنساخ جوانب السلوك المتعلم، بينما يوكد مصطلح التعلم"بالملاحظة" أهمية جانب الانتباه- الإدراك ويبرر مصطلح"التعلم الاجتماعى" أهمية العلاقة بين الفرد القائم بالملاحظة، والنموذج في تحديد السلوك الذى سيتعلمه الملاحظ وبالتالى يظهره (أو يميل إلى تكراره). أما مصطلح "التعلم المتبادل" فلا يقتصر على مجرد ملاحظة سلوك الآخرين فقط، وإنما يتضمنأيضا ملاحظة مايترتب على هذا السلوك من نتائج، أى أنه يؤكد أهمية ملاحظة اثار السلوك بدلا من تأكيده على السلوك نفسه (أرنوف ف. ويتيج، ١٩٨١، ٦٦- ٧١)، وبالإضافة إلى استخدام النموذج لمساعدة عميل على اكتساب سلوك جديد أو تقوية سلوك قائم، فقد استخدام أيضا للمساعدة في انطفاء استجابة انفعالية قائمة أو اكتسب استجابة جديدة وإجراءات النمذجة المتخذة لهذا الغرض تندرج تحت ثلاث فئات، وهى أهم الأساليب التى تطبق في مجال علاج المخاوف المرضية كما يلى:

أ- نموذج الانطفاء غير المباشر (أو البديل): Model of indirect extinction

وفيه يعرض المعالج لسلسلة من الأحداث النموذجية التى يكون فيها منهج النموذج في مواجهة المنبه الباعث على الخوف أو في مواجهة السلوك المثير للقلق، مؤديا إلى عواقب إيجابية بدلا من عواقب نفور- ويفترض نظريا أن التعرض لهذه الإجراءات النموذجية يسمح للعميل بأن يخبر الاستجابات الانفعالية بصورة غير مباشرة ولكن في مستوى من الاستثارة أقل مما يدفع العميل عادة إلى تجنب الموقف المشكل.

ب- الاستثارة غير المباشرة (أو البديلة): Model of indirect stimulation

تستخدم في حالات العملاء الذين يعجزون عن الاستجابة الانفعالية أو الذين يعطون استجابات غير ملائمة لمواقف معينة. فمثلا، بإضافة إلى إزالة الحساسية والتدريب على الاسترخاء، قد يستعان بعرض أفلام تقدم نماذج متدرجة من الاستثارة في مواقف مرتبطة بالموضوع (لويس كامل مليكة، ١٩٩٤، ١٠٨- ١٠٧).

ذلك لأن الطفل لكى يتقين أداء سلوك معين يجب أن يلاحظ أمامه تأدية هذا السلوك في مواقف فعلية، أو كان معروضا أمامه في مواقف أو مشاهد رمزية من خلال فيلم أو مجموعة من الصور المسلسلة بطريقة تكشف عن خطوات أداء السلوك (عبد الستار إبراهيم واخرون، ١٩٩٣، ١٠٩- ١١٠).

ج- التقليد Imitation:

يستخدم المعالج المحاكأة، أى مواقف نموذجية تقلد مختلف جوانب بيئة العميل. ويسمح ذلك الإجراء للعميل بأن يمارس مع المعالج في المواقف التى ينخفض فيها مستوى الضغط والمعاناة أنواع السلوك التى يكون فيها أقل كفاءة، وبذلك ييسر الإقلال من استجابات التجنب وإعطاء استجابات الإقبال. ويستخدم في هذا الأسلوب لعب الأدوار، وبعض صور معدله من السيكودراما، والعلاج عن طريق اللعب. وقد استخدمت الدمى في علاج خوف طفل من المدرسة وذلك عن طريق التدرج في محاكاة الذهاب إلى المدرسة والبقاء فيها واللعب والدراسة مع الآخرين وهو الأسلوب المعروف باسم" النمذجة المشاركة المتدرجة" (لويس كامل مليكه، ١٩٩٤، ١٠٧) ويبدو أن هناك العديد من أشكال التعزيز التى يشيع وجودها أو ارتباطها بالتعلم بالنموذج ويعتبر التعزيز عن طريق النموذج من أكثرها شيوعا، بمعنى أن النموذج موضع الملاحظة يقوم بملاحظة الاستجابة التى يقلدها الملاحظ (الذى يتعلم عن طريق النموذج) ثم يعززها. وغالبا مايستخدم التعزيز الذاتى- أيضا كمعزز في التعلم بالنموذج، حيث يشعر الملاحظ بالامتنان والإعزاز الداخلى عندما ينجح في تقليد الاستجابة- وفى

مواقف أخرى قد يدرك الملاحظ التعزيز الذى يمارسه النموذج ويتوحد، وهذا مايطلق عليه التعزير المتبادل (أرنوف ف. ويتيج، ١٩٨١، ٦٧).

في ضوء ماسبق تستخلص الباحثة أن العلاج السلوكي من أهم الطرق العلاجية التي يمكن أن تستخدم معه ذوي صعوبات التعلم، حيث أن العلاج السلوكي له أفضلية في علاج ذوي صعوبات التعلم وخاصة أطفال الروضة، ولذلك فقد إستخدمت الباحثة مع تلك العينة من الأطفال ذوي صعوبات التعلم من أجل خفض حدة الألكسيزيميا لديهم.

ثالثاً: الألكسيزيميا Alexithymia:

لقد ظهرمفهوم الأكسيزيمياAlexithyymia لأول مرة على يد سيفنويس Sifneos في عام ١٩٧٣، وهى كلمة يونانية تتكون من حرف"A"ويعنى نقص، و"lexi" وتعنى"كلمة"، و"Thymos" وتعنى العاطفة، وقد استخدام هذا المصطلح لوصف المرضى السيكوسوماتين الذين يعانون من عدم القدرة على معرفة مشاعرهم (Briody, 2005, 32)، وأيضا تعني العجزعن التعبير عن المشاعر في صورة لفظية، وعدم القدرة على التمييز بين المشاعر والاحاسيس الجسدية، واستخدام أسلوب معرفى ذو وجهة خارجية.حيث يستخدم مفهوم الالكسيزيميا ليشير الى عدم وجود كلمات لوصف المشاعر (Bureau, 1989, 3).

حيث يشير التراث العلمى في هذا المجال الى أن أول من وضع أساس مفهوم الألكسيزيميا كان بعض علماء النفس التحليلين الذين لاحظوا أن مرضاهم المصابين بالأمراض السيكوسوماتيه يواجهون صعوبة كبيرة في التعبير لفظيا عن صراعاتهم 46 -29 ,2001) (steven،، الألكسيزيميا تعنى أن هناك قصورا في العمليات المعرفية وقصورا في تنظيم الانفعالات، وهذه القدرة القليلة على الوعى في التعا مل مع الانفعالات يمكن أن تجعل الأفراد الألكسيزيميك عرضة للضغوط النفسية المستمرة (Porcelli & Sonino, 2007, 90).

فمثلا عندما يطلب من المريض أن يعبر عن مشاعره بعد فقد عزيز لديه فانه يذكر أعراض جسمانية مثل (الصداع) ثم أصبح هذا المصطلح (الالكسيزيميا) يشير الى الدرجات المختلفة لدى الأفراد (غير المرضى) والذين لايعانون من الأمراض السيكوسوماتيك (Sutherland, 1991, 16).

فالاطفال الذين يعانون الألكسيزيميا، يكون لديهم صعوبة التحديد والتعرف على المشاعر ووصفها، وصعوبة التمييز بين الأحاسيس الانفعالية، والجسمية، ولديهم نقص في الخيال، والأسلوب المعرفى الموجه من الخارج حيث يركز على الأحداث الخارجيه، ويرتبط القصور في قدرة الفرد على ادراك انفعالاته بالقصور في ادراكه لمشاعر وانفعالات الآخرين (Hulette, 2011, 12).

وترتبط الألكسيزيميا بالعديد من المشكلات النفسية مثل: الاكتئاب والقلق وانخفاض جودة الحياة، حيث أن الأفراد الألكسيزيميك يكون لديهم وعى وحالة انفعالية سالبة (Considine, 2011, 85)، فالانفعالات والمشاعر لهما دورا هاما في التوافق الشخصى والاجتماعى لدى الأفراد (Lee, 2010, 3). حيث أن الكفاءة الانفعالية ضرورية للتفاعل الاجتماعى؛ لأن الانفعالات تتيح التواصل وتنقل المعلومة من الفرد الى الآخرين (Velasco, Fernandez, Paez&, Campos 2006, 89).

وهذا ما توصل إليه Ousdigian (2001) بدراسة العلاقة بين ادراك المساندة الاجتماعية والتوافق المدرسى لدى الأطفا ل ذوى الاحتياجات الخاصة في عمر ٨- ١٥ عاما، ولاختبار ذلك تكونت العينة من ١١٩ من ذوى صعوبات التعلم وذوى صعوبات التعلم الموهوبين، وقد طبق عليهم مقياس المساندة الاجتماعية، مقياس الثقة بالنفس ومفهوم الذات الأكاديمى، وقد بينت النتائج وجود فروق بين المجموعتين في الثقة بالنفس لصالح ذوى صعوبات التعلم الموهوبين كما أشارت النتائج الى ارتفاع الاالكسيزيميا لدى الاناث عن الذكور وفى الثقة بالنفس لصالح ذوى صعوبات التعلم، حيث أن الألكسيزيميا تعرف بأنها صعوبة تحديد ووصف المشاعر لفظيا تعتمد هى الأخرى على اللغة لأنها أداة التعبير عن المشاعر. وقد أكد بعض الباحثين على اختلاف أسلوب وصف وتحديد المشاعر والوعى بها من شخص لآخر، فهناك من يمكنه التعبير عنها لفظيا (إنخفاض الألكسيزيميا) وهناك من يواجه صعوبة في التعبير عنها لفظيا معبرا عنها بالمرض والألم أو الخوف أو القلق أو الضيق (ارتفاع الألكسيزيميا) وتتسم الحياة الانفعالية للأفراد المصابين بالألكسيزيميا بالعجز عن التعبير عن المشاعر مما يجعلهم يفتقدون الدور الذى يمكن أن تلعبه الانفعالات في تسيير الحياة الانسانية، كما تمثل الألكسيزيميا صعوبة في ادراك الفرد واستجابته للمواقف الاجتماعية (ايمان البنا، ٢٠٠٣)، مماقد ينتج عنه انخفاض القدرة التعبيرية الاجتماعية خاصة اذا كان هذا الفرد طفلا، مما قد يعوق عملية النضج اللغوى لديه، ويحدث سوء توافق اجتماعى ويفرض عليه العزله من جهه أخرى.

ومما تجدر الاشارة اليه أن تلقائية التعبيرالانفعالى لدى الطفل ذوى صعوبة التعلم تشتمل على مجموعة من العادات النوعية مثل عدم الخوف من التعامل مع الكبار، والتعبير التلقائى أمام ويعتبر الوعى بالانفعالات والمشاعر هو الكفاءة الوجدانية الأساسية التى يبنى عليها غيرها من الكفاءات الشخصية- المؤثرة والمغيرة في مختلف جوانب ونتائج السلوك الانسانى- مثل ضبط الذات والثقة بالنفس كما أن فشل الفرد في التعبير عن مشاعره وادراك مشاعر الآخرين قد يؤدى الى عدم التناغم الوجدانى وتعاطفه معهم وارتفاع الضغوط النفسية لديه (بام روبينز وجان سكوت، ٢٠٠٧، ٥٧)، خاصة وأن هؤلاء الأطفال قد يكونون غير محبوبين من قبل الكثير من معلميهم على عكس الاعتقاد

السائد، كما أنهم يتعرضون للانتقاد والعزل الاجتماعى من قبل أقرانهم من الأطفال الآخرين (محمد الأحمدى، ٢٠٠٦، ٩١٤).

حيث يصف (Muller (2000, 252 بعض المرضى الذين يترددون على عيادات الطوارىء مصابين باصابات تسبب لهم ألما شديدا، بأنهم يسردون قصصا أبعد ما تكون عن طبيعة الألم الوجدانى الذى يفترض أنهم يعانون منه، بل ويصرون على أنه لاتوجد لديهم أى مشكلات، وأن الحياة تسير على نحو طيب. ويبدو حديث هؤلاء المرضى كما لو لم تكن لديهم أى قصة يقصونها.

وفيما يلي سيتم تناول التعريفات الخاصة بالألكسيزيميا كالأتي:

١- تعريف الألكسيزيميا:

وهناك العديد من تعريفات للالكسيزيميا نذكرمنها الاتي:

تعرفها داليا الألفى (٢٠١٢) بأنها: سمة انفعالية تتضح في صعوبة القدرة على وصف وتحديد المشاعر تجاه المواقف والأشخاص، تبدو في عدم القدرة على تمييز وتصنيف المشاعر الذاتية وعدم القدرة على التواصل سواء اللفظى وغير اللفظى سواء بالكلمات أو حتى بالتعبير الجسدى مع عدم وجود اية اضطرابات في مختلف أجهزة الجسم.

تعرفها ساميه عبد النبى (٢٠١٢) بأنها: خاصية شخصية ثابته، ومكون معرفى انفعالى، يتميز بصعوبة التحديد والتعرف على المشاعر، ووصفها والتعبير عنها لفظيا وغير لفظى لدى الفرد والآخرين، وصعوبة التمييز بين الأحاسيس الانفعالية والجسمية، ونقص في الخيال، والتفكير الموجة خارجيا.

ويعرفها (Reker, Ohrmann, Kugel, & Rauch (2010, 452 بأنها: الألكسيزيميا أحد أبعاد الشخصية التى تشير الى ضعف التعبير والتمييز عن المشاعر والعواطف نتيجة لضعف في تجهيز المعلومات الوجدانية (العاطفية).

يعرفها محمد رزق البحيرى (٢٠٠٩) بأنها: سمة وجدانية معرفية تتضح في وجود قصور في التعامل مع المشاعر والأنفعالات، يظهر في صعوبة التعرف على المشاعر الذاتية والتمييز بينها، وصعوبة في التواصل اللفظى الواجدنى أى صعوبة في التعبير عن المشاعر والأحاسيس للآخرين نتيجة غياب الكلمات الملائمة لوصف المشاعر مع عدم وجود اضطراب في الجهاز الصوتى أو ضعف في حاستى السمع والكلام، بالاضافة الى نقص القدرة على التخيل المرتبط بالمشاعر؛ مما يؤدى الى نقص فى مهارة التعامل مع الآخرين، ويكون الفرد مهيئا للاصابة بالاضطرابات والأمراض النفسية والجسمية.

تعرفهاهدى مطير (٢٠٠٩) بأنها: ضعف القدرة على التعبير الانفعالى نتيجة غياب الكلمات الملائمة لوصف مشاعر الفرد.

يعرفها أبو زيد الشويقى (٢٠٠٨) بأنها: مفهوم يتضمن خصائص أساسية هى صعوبة التعرف على المشاعر الذاتية والتمييز بينها، وصعوبة التعبير عن المشاعر والأحاسيس للآخرين، وأسلوب معرفى ذو وجهة خارجية.

ويعرفها (Timary., Lust., Hers& Luminet (2008, 105 بأنها: حالة تعكس مجموعة من أوجه القصور في القدرة على التعامل مع الانفعالات من الناحية المعرفية، كما تعكس صعوبات لدى الفرد في تنظيم وجداناته، ومن ثم فهى تعتبر احد العوامل المهيأة للاصابة بالأمراض الجسمية والنفسية

يعرفها طه عبد العظيم (٢٠٠٧) بأنها: مجموعة من الخصائص والاضطرابات المعرفية والوجدانية تتضمن الصعوبة في التعرف على المشاعر ونقلها وصعوبة التمييز بين المشاعر والاحساسات الجسمية الاستثارة الانفعالية ونقص التخيل"

ويعرفها (Kano., Hamaguchi., Yanai, & Fukudo (2007, 252 بأنها: أحد مكونات الشخصية المستمدة من الملاحظات السريرية للمرضى الذين يعانون أمراضا نفسية ومن أعراضها:

أ- انخفاض القدرة على تحديد المشاعر ووصفها، وصعوبة في التمييز بين المشاعر.

ب- الأحاسيس الجسدية مع ضعف في الاثارة العاطفية.

ج- الميل الى التركيز على الأحداث الخارجية بدلا من الخبرات الداخلية.

ويعرفها كل من(Bird, Silani, Brindley, Singer, Frith, &Frith, (2006, 195 بأنها: نقص التعبير عن المشاعر والعواطف نتيجة لضعف الاثارة الفسيولوجيه، ووجود خلل في المناطق الطرفية القشرية من الدماغ، والتى تكون مسئولة عن العواطف والانفعالات

ويعرفها (Berthoz, & Hill (2005, 54 بأنها: هى من نتائج التصوير الوظيفى للدماغ لحالات تعانى من الألكسيزيميا حيث عرفها بأنها نقص في التعبير ووصف المشاعر نتيجة لخلل في التلفيفة الجبهية الوسطى

ويعرفها (Johans (2005, 206 بأنها: عجز/ نقص كلمات التعبير عن المشاعر لها تأثير على نتيجة العلاج النفسى وان كان يربانها تعكس عجزا في المعالجة المعرفية للخبرات الانفعالية.

ويعرفها (Wearden (2003, 341 بأن: عجز/ نقص كلمات التعبير عن المشاعر وهو عجز في القدرة على تعريف ووصف الانفعالات تكون نتيجة للتفاعلات في مرحلة الطفولة مع مقدمى الرعاية.

تعرفها إيمان البنا (٢٠٠٣) بأنها: صعوبة تحديد ووصف المشاعر لفظياً، وتعتمد على اللغة لأنها أداة التعبير عن المشاعر، وقد أكد بعض الباحثين على اختلاف اسلوب ووصف المشاعر والوعى بها من شخص لآخر، فهناك من يمكنه التعبير عنها لفظيا (انخفاض الالكسيزيميا) وهناك من يواجه صعوبة في التعبير عنها لفظيا معبرا عنها بالمرض والألم أو الخوف أو القلق أو الضيق (ارتفاع الالكسيزيميا) وتتسم الحالة الانفعالية للأفراد المصابين بالالكسيزيميا بالعجز عن التعبير عن المشاعر، مما يجعلهم يفقدون الدور الذى يمكن أن تلعبه الانفعالات في تيسير الحياة الانسانية.

يعرفها صلاح العراقى (٢٠٠٦) بأنها: عجز/ نقص كلمات التعبير عن المشاعر هى القدرة المحدودة لتمثيل واواء المشاعر بالكلمات والخيالات والتأمل في معانيها.أى عجز الفرد في التقدير المعرفى المفصل للآثارة الوجدانية.

ويعرفها (Yelsma (2001, 564 بأنها: حالة نقص القدرة على خلق التخيلات المرتبطة بالمشاعر، ويؤدى هذا النقص الى ظهور طريقة نفعية في التفكير والميل الى تجنب الصراع في المواقف الضاغطة والتفكير خارجى التوجيه الذى يتميز محتواه بالانشغال بتفاصيل الأمور والاحداث الموجودة في البيئة الخارجية.

كما عرفها (Taylor (2000, 214 بأنها شكل أساسى من اشكال الاضطراب الوظيفى في تعين وتحديدالفرد لمشاعره الاأنها تشير بشكل أكثر عمومية الى سمة وجدانية معرفية للشخصية تظهر نفسها بأكثر من طريقة ونظرا لفقر الحياة التخيلية لدى هولاء الأفراد فانه توجد لديهم صعوبة في تديل انفعالاتهم من خلال التخييلات والاهتمامات واللعب.

ويعرفها ستيفن (Steven (2001, 29-46 بأنها: بأنها" قصور شديد لدى بعض الأفراد في المفردات الوجدانية التى يصفون بها مشاعرهم، فقد يذكر الفرد أن لديه شعورا بالدوار، أوألما في المعدة أو بتصبب عرق، ولكنه لايستطيع أن يذكر أنه يشعر بالقلق، وجوهر هذه الحالة ليس في غياب المشاعر أو الوجدان وانما في غياب القدرة على التعبير عن هذه المشاعر أو هذا الوجدان.

ويعرفها (Valdes, M., Jodar (2001, 338 بأنها: عجز/ نقص كلمات التعبير عن المشاعر مفهوم يصف عدم القدرة على وضع الانفعالات في كلمات.

ويعرفها (تيلور، ٢٠٠٠، ١٣٤) بأنها: أن عجز/ نقص كلمات التعبير عن المشاعر يعكس عجزا في المعالجة المعرفية وفى تنظيم الانفعالات كما أنه يرى أن العلاج يجب أن يركز على تقوية الوعى الانفعالى وتكامل العناصر الرمزية والرمزية الفرعية في مخططات الانفعال.

ويعرفها (Muller (2000, 252 بأنها: فقدان القدرة على التعبير الانفعالى عن المشاعر الداخلية نتيجة غياب الكلمات لملائمة لوصف مشاعر الفرد

ويعرفها Blackwell (1996, 34-44) فى قاموس علم النفس العصبى ٤٣- ٤٤بأنها: عجز/ نقص كلمات التعبير عن المشاعر هى عبارة عن"تفكك في كلا من العمليات المعرفية والوجدانية" وهى مجموعة من السمات أكثر من كونها عرض نفسى وهؤلاء الأفراد لايمكنهم التعبير عن الانفعالات، فى الوقت الذى يكون فيه الانفعال معاشا، الأن هذا الانفعال لايكون مرتبطا بتمثيل نفسى/ عقلى Mental ولذلك لايعبر عنه بشكل صورى Formally. وتم وصف عجز/ نقص كلمات التعبير عن المشاعر قديما لدى المرضى ذوى الاضطربات النفسجسمية والمدمنين للخمر والمخدرات ومرضى اضطراب الضغط النفسى التالى للصدمة. ويستطرد "بلاكويل أن عجز/ نقص كلمات التعبير عن المشاعر م ملاحظته لدى المرضى في النصف المخى الأيمن بعد الصدمة وأسماه النوع الأولى، فى حين أن النوع الثانوى يرتبط اكثر بعمليات نمو نفسية عصبية خاصة بالانكار والكبت، ويعرفها (لطفي الشربيني، ٧، ١٩٩٥) في معجم مصطلحات الطب النفسي بأنها: (Alexithyimia) عجز التعبير أو اللاوصفية و تعني عجزالتعبيروعدم القدرة أوصعوبة الوصف للعواطف والإنفعالات أو عدم الدراية بالمشاعرالداخلية.

حيث يعرفها كلا من نيميا وفيربيرجر وسيفينوس (١٩٧٦) بأنها: ضعف القدرة على التعبير الانفعالى نتيجة غياب الكلمات الملائمة لوصف مشاعر الفرد ويظهر ذلك في صورة أربعة أبعاد من القصور الوجدانى المعرفى وهى:

١- صعوبة تعريف ووصف المشاعر الذاتية.

٢- صعوبة التمييز بين المشاعر والشعور العضوى بسبب اثارة المشاعر.

٣- ضعف القدرة التخيلية كدليل على قلة الخيالات

٤- الأسلوب المعرفى الظاهرى المدفوع (الكيانى) Nemiah, et al. (1976, 430).

التعريف الإجرائي للباحثة:

تعرفها الباحثة بأنها عجزطفل الروضة علي التعبير اللفظي وغير اللفظي عن المشاعر وبالتالي يعجز عن التواصل مع أقرانه والأخرين المحيطين به وعن وصف ما يشعر به تجاههم، ونتيجة لذلك لا يستطيع القيام بعملية التخيل المرتبطة بمشاعره الذاتيه، مشاعره وعدم قدرة علي التمييز بين المشاعر والأحاسيس المختلفة وبالتالي فهو فتفكيرة يتسم بالإعتمادعلي الأخرين فهو موجه من الخارج.

٢- خصائص الأفراد المصابين بالألكسيزيميا:

يشير Parker (1993, 98) إلي أن الأفراد المصابين بالألكسيزيميا يفتقرون إلي القدرة علي تحديد معني المثيرات الإنفعالية اللفظية وغير اللفظية كتعبيرات الوجه، وهذا الامر الذي أكده لان وزملائه عندما طلب من هؤلاء الأفراد إجراء تطابق بين المثيرات الإنفعالية اللفظية وغير اللفظية (التعبيرات الوجهية المصورة) وكذلك الإستجابات اللفظية وغير اللفظية، ففشلوا في القيام بهذه المهمة بشكل دقيق.

تعتبر الألكسيزيميا نمطا شخصيا تم إشتقاقه من الملاحظات الإكلينيكية التي لوحظت علي المرضي السيكوسوماتين ويتسم هؤلاء الأفراد بالأتي:

١- الميل إلي إعطاء تقدير للذات منخفض وإستخدام طرق سلبية للدفاع عن النفس.

٢- عدم إستخدام الإنفعالات الإيجابية، والتعامل بها والتعبير عنها (Talyor, 1994, 32).

٣- يعاني هؤلاء الأفراد من صعوبات معرفية ووجدانية تتمثل في صعوبات التعبير عن المشاعر، بالإضافة إلي إفتقار في المهارات الشخصية الخاصة بالفرد (Taylor, 1997, 59-154).

٤- الإنسحاب من العلاقات والمواقف الإجتماعية (Martin et al, 1986, 80).

٥- يوجد لديهم صعوبة في الإستجابة الإنفعالية للأخرين نتيجة لنقص الوعي بالخبرات الإنفعالية وبذلك تنخفض لديهم مهارات التعاطف، وبالتالي يصبحون غير قادرين علي فهم الحالة الوجدانية التي يمر بها الأخرون (Lane&Schwartz, 1987, 100).

٦- بسبب نقص المشاركة الإنفعالية Sharing-Emotion لديهم فإنه يصعب عليهم تحديد إنفعالاتهم الشخصية (Taylor, 2000, 50).

٧- ليس لأحلامهم أي مضمون وجداني (إيمان البنا، ٢٠٠٣، ٢٧).

٨- نظراً لنقص القدرة علي التخيل المرتبط بالمشاعر يظهر لدي هؤلاء الأفراد طريقة نفعية في التفكير والميل إلي تجنب الصراع في المواقف الضاغطة والتفكير خارجي التوجه (Yelsma, 1998, 98).

٣- الأصول النظرية للألكسيزيميا:

تعد الإنفعالات وسائل إتصال ذات قيمه إجتماعية تعمل علي التواصل بين الأفراد وتربط بينهم، وتعمل في نفس الوقت علي تنظيم خطط الفرد وأهدافه، بإعتبارها قوة دافعة إيجابية تنشط السلوك الموجه نحو هدف ما، مع الحفاظ علي هذا السلوك لحين تحقيق ذلك الهدف (Nivid, et at, 2000, 240- 241).

لقد صيغ مفهوم الألكسيزيميا Alexithymia لأول مرة علي يد سيفنوس Sifneos في عام (١٩٧٣) وذلك لوصف مجموعة من المرضي ذوي إضطرابات عضوية ويعنون من مشكلات تتضح عند إجراء أسلوب العلاج النفسي التقليدي هناك العديد من النظريات المفسرة للألكسيزيميا منها ما يلي:

١- نظرية الوعى الانفعالى Emotional Awareness Theory.

٢- نظرية افراغ الشحنة Discharge Theory.

٣- نظرية التعلم الاجتماعى Socia Learning Theory.

٤- نظرية الصدمة Truma Theor.

٥- نظرية التأثيرات الاجتماعية البيئية.

٦- التأثيرات البيولوجية.

وسوف نتناول هذه النظريات بالشرح فيما يأتي:

أ- نظرية الوعى الانفعالى Emotional Awareness Theory:

قدمت هذه النظرية بواسطة لان وسكوارتس (1987) Lane& Schwarts وقد استخدمت نموذج التطور المعرفى لـ"بياجية" فى تفسير نمو وتطور الوعى الانفعالى.حيث ان نمو الوعى الانفعالى يرتبط بالنمو المعرفى؛ لأن الانسان يستخدم اللغة؛ لكى يحدد مشاعره ويتعرف عليها ويعبر عنها، ولكى يعبر الفرد عن الحالات الانفعالية ينبغى أن يكون لديه كلمات مختلفة للتعبير عن المشاعر المتنوعة، وأن يصل اليها بسهولة، والأفراد الذين لديهم ألكسيزيميا يعانون نقص في القدرات المعرفية التى تسمح بترجمة الأحاسيس العصبية الفسيولوجية الى كلمات، وهولاء الأفراد يملكون كلمات قليلة لوصف انفعالاتهم، ويأخذون وقتا طويلا للوصول الى تلك الكلمات (Shishido, 2011, 9- 12).

ب- افراغ الشحنة Discharge Theory:

ترى هذه النظرية أن الأفراد الذين لديهم الكسيزيميا يكونون أكثر عرضة للأعراض السيكوسوماتية "النفس جسمية" لأنهم غير قادرين على التعبير لفظيا أو غير لفظى عن انفعالاتهم للآخرين.

وتضيف النظرية أن الألكسيزيميا ليست قاصرة على المرضى السيكوسوماتيك، لكنها تتسبب في بعض الأعراض السيكوسوماتية (Reddy, 2009, 3- 10).

ج- نظرية التعلم الاجتماعى Socia Learning Theory:

تـرى هـذه النظريـة أن الأبـوين اللـذين لـديهما صـعوبات فـي تنظـيم مشـاعرهما وانفعالاتهمـا (مستويات عالية من الألكسيزيميا)، يكون لد يهما صعوبة في تفسير انفعالات أطفالهما ولا يقدران على تعليم أطفالهما كيف ينظمون انفعالاته؟ (Le, Ramos & Munoz, 2007, 215).

د- نظرية الصدمة Truma Theory:

ترى تلك النظرية أن الألكسيزيميا هى طريقة تعايش مع الصدمة، وتستخدم كوسيلة للتعايش والتعامل مع الضغوط النفسية، والانفعالات السالبة المرتبطة بالايذاء الجسدى والجنسى في الطفولة، ويمكن أن تكون الألكسيزيميا نتيجة عدم القدرة على التعايش والتعامل بفعالية مع الضغوط النفسية. (Reddy, 2009, 7).

هـ- التأثيرات الاجتماعية البيئية:

ترى وجهة النظر هذه أن الألكسيزيميا (اضطراب تنظيم الانفعال) ترجع الى العلاقات والخبرات الأولى المبكرة، التى تسبب اضطراب النمو الانفعالى لدى الطفل، ومنها: أساليب التعلق بين الأبوين والطفل، ومستوى الرعاية المقدمة من الأبوين للطفل، وطبيعة العلاقات بين الأبوين والطفل، وقد وجد أن الخلل الانفعالى الأسرى يرتبط بصعوبة التحديد، والتعرف على المشاعر لدى الفرد، وغياب القواعد داخل الأسرة يرتبط بزيادة التفكير الموجه خارجيا، ويرتبط النقص في الخيال بالنقص في مهارات حل المشكلات داخل الأسرة؛ فبيئة الأسرة المضطربة وظيفيا تؤثر على الفرد وتجعله عرضة للألكسيزيميا (Reddy, 2009, 9-10).

و- التأثيرات البيولوجية:

ترى وجهة النظر هذه أن العوامل الوراثية والجينات تؤثر في تطور الألكسيزيميا، وقد وجد أن الألكسيزيميا يكون لها جذور في بيولوجيا الفرد، وتوجد لدى الأفراد الذين يعانون خلل وظيفى في النصف الايمن بالمخ، وتلف عصبى (Shishido, H. 2011, 9).

٤- <u>أبعاد الألكسيزيميا:</u>

الألكسيزيميا مفهوم سيكولوجي متعدد الأبعاد يتضمن أربع مكونات أساسية، ويحدد هذه الأبعاد Beradis (2007, 160) حيث تتضمن:

١- صعوبة التعرف علي المشاعر والتمييز بينهما.

٢- صعوبة التعبير عن المشاعر وأحاسيس للأخرين.

٣- ضيق الأفق أو محدودية الخيال.

٤- أسلوب معرفي ذي وجهة خارجية.

وتتمثل هذه المكونات الأربعة من وجهة نظر أبو زيد الشويقي في:

١- نقص في القدرة علي فهم ومعرفة المشاعر، وينعكس في: ضعف القدرة علي التعرف علي المشاعر والتمييز بينهما والأحاسيس الجسمية والمشاعر وبعضها البعض.

٢- نقص في القدرة علي التعبير عن المشاعر، ويتمثل في: عجز الفرد عن وصف أو التعبير عن مشاعره للأخرين.

٣- عجز في القدرة علي التخيل، ويتمثل في: إنخفاض القدرة علي التخيل والتصور ووضع تصورات مستقبلية، فتفكير الفرد يتسم بالسطحية والجمود، بالإضافة إلي أن الفرد لديه ميل لتفسير الأحداث وفقا لتصورات إدراكية سابقة.

٤- تفكير خارجي ويتمثل في: الإهتمام بتفاصيل الأمور أكثر من الإهتمام بالأسباب والخبرات والظروف الكامنة وراء الأشياء أو الأحداث، بالإضافة إلي عزو سببي خارجي، فكل مايحدث للفرد يرجع إلي أسباب خارجة عن إرادة الفرد.

ويحددها (Masayo (2006, 161 بأنها:

١- صعوبة التعرف علي المشاعر ووصفها بالكلمات.

٢- صعوبة التمييز بين المشاعر الإنفعالية والمشاعر الجسدية.

٣- الفهم المحدود للعوامل المسئولة عن المشاعر.

٤- صعوبة التعبير اللفظي عن المشاعر.

٥- الأسلوب الوظيفي في التفكير.

٦- ضعف التخيل الإنفعالي وقلة الإستغراق في أحلام اليقظة.

٧- الموقف المتصلب تجاه الأخرين.

وتحدد الباحثة الأبعاد فيما يلي:

١- **صعوبة وصف المشاعروالتعبيرعنها:** ويتمثل في عجز الطفل عن وصف المشاعرأو التعبير عنها للأخرين نتيجة لقلة الكلمات الملائمة لوصف تلك المشاعر، وعدم قدرته علي إظهار تلك المشاعرسواء (حزن أو فرح) لمن حوله، وبالتالي يفتقر لمهارات التواصل اللفظي، وكذلك التعبيرغير اللفظي عندالتعامل مع الأخرين.

٢- **صعوبة تحديد المشاعر والتمييز بينها:** ويتمثل في ضعف قدرة الطفل علي التعرف علي المشاعر والإنفعالات المختلفة، والتمييز بين تلك الإنفعالات وبعضها البعض، وكذلك التميزبين

المشاعر والأحاسيس الجسمية المصاحبة لها، حيث أنه يخلط بين مايشعربه نفسيا، وما يعاني منه جسديا.

٣- **صعوبة التخيل:** ويتمثل في عدم قدرة الطفل علي القيام بالتخيل المرتبط بالمشاعر، فهو ينظر للحياة نظرة تشاؤمية، ويتصلب برأيه تجاه الاخرين، حيث أن أفكاره تتسم بالرتابه والملل، ويعجزعن التنفيس عن إنفعالاته بطريقة إيجابية، وبالتالي يؤدي إلي نقص في مهارة التعامل مع الأخرين.

٤- **التفكير الموجه من الخارج:** ويتمثل في إعتمادالطفل علي الأخرين في تفكيره، حيث يستعين بهم في إتخاذقراراته، ولذلك فهو لا يستطيع حل مشكلاته بمفرده، ولايكترث بعواقب ونتائج أفعاله مما يؤدي إلي عدم قدرته علي فهم الأسباب التى أدت للمشاعر والإنفعالات.

٥- <u>قياس وتشخيص الألكسيزيمياعند الأطفال:</u>

يشير كلا من Rieffe osterveld & TerWogt, M. M. (2006, 154-159) الى أن صعوبة التعبير الانفعالى تكون واضحة لدى الطفل من خلال عمليات التواصل، أما عند (Loiselle & Dawson (1988 فان الكبار من الذين لديهم سمات الألكسيزيمياولديهم مجموعة محدودة من التعبير العاطفى مع الآخرين، وأما الأطفال والمراهقون من الذين يعانون الألكسيزيميا يشعرون بمختلف مستويات المشاعر والعواطف لكنهم يجدون صعوبة في تحديد ماهية هذه المشاعر ويناضلون في استخدام الكلمات للتعبير عن مشاعرهم على نحو فعال (Reckling, & Buirski, 1996, 124)، هناك العديد من الدراسات التى اهتمت بتشخيص الاطفال الذين يعانون الألكسيزيميا، وقد ركزت هذه البحوث على الأطفال في المدارس والمستشفيات Rieffe, Meerum Terwogt, & Bosch, (2004, 31)، ولا تزال اجراءات قياس الألكسيزيميا عند الأطفال في المراحل الأولى ضعيفة ومن هذه المحاولات مقياس الألكسيزيميا ASC لدى الأطفال والذى أعده Fukunishi, Yoshida, & Wogan (1997, 87) لمن تتراوح أعمارهم من ٩-١٠ سنوات، ويشتمل المقياس على فرعيين هما:

١- معاناة الصعوبة في التعبير عن المشاعر.

٢- الصعوبة المتعلقة بالآخرين.

وأيضا فقد قام Rieffe et al. (2006, 59) بتطوير استباتة خاصة بالألكسيزيميا لدى الأطفال سمى (AQC)، وله نسخة هولندية معدلة ويتكون من ٢٠ بندا محاكاة بمقياس الألكسيزيميا لتورونتو، وطبق على ٧٤٠ طفلا تروحت أعمارهم بين (٩-١٥) سنة (ولم يكتفى ريفى وزملاؤه بما تم فقد قام بتوسيع مفهوم الألكسيزيميا حيث طورت استبانة الوعى العاطفى (EAQ)؛ ريفى وأخرون (٢٠٠٥)،

والتى تضمنت ستة عوامل (التمييز بين العواطف، والتبادل اللفظى حول العواطف، والوعى الجسدى، وتفعيل العواطف، وتحليلها، وتمثل مشاعر الآخرين، وهناك أداة أخرى لقياس الألكسيزيميا عند الأطفال CAM قام باعداده Applegate et al. (2005, 265 وتخص الأطفال من سن (٦-١٤) ويستكمل المقياس من خلال والد الطفل، للتعرف على السلوكيات المرتبطه باللغة ويشمل مقياس 32CAMبندا على مقياس ليكرت ٤ نقاط (١= أبدا، و ٤= دائما).

٦- <u>أسباب الألكسيزيميا:</u>

على الرغم من أن موضوع الألكسيزيميا تناوله الباحثون على مدى مايقرب من٣٠عام وتمت دراسة العديد من العوامل والمتغيرات المرتبطه به الا أن الباحثين لم يتفقوا حتى الان على الأسباب العامه المؤدية لحدوث هذه الاضطرابات بشكل مؤكد (Helberg&Helberg.1977, 176- 223).

حيث أنه غيرواضح ما الذي يسبب الأليكسيزيميا وإن كانت قد اقترحت عدة نظريات، فهناك أدلة أكدت على الأساس الجيني، وهذا يعني أن بعض الناس لديهم استعداد وراثي للأليكسيزيميا، وأيضا قد ترجع لأسباب بيئية. وأظهرت بعض الدراسات التي أجريت في وقت مبكر بعض الأدلة علي أنه قد يكون هناك عجز نقل بين نصفي المخ[57] بين الأفراد الذين يعانوا من الأليكسيزيميا وهذا هو، على الجانب العاطفي من نصف الكرةاليمين وعدم نقلها بشكل صحيح في المناطق اللغوية في نصف الكرة المخية الأيسر، كما يمكن أن يكون سبب انخفاض، في كثير من الأحيان يوجد في المرضى النفسيين الذين عانوا سوء المعاملة الشديدة في مرحلة الطفولة Hoppe KD, Bogen JE, 1977, 55))، حيث أشارت دراسة (Jessimer M, Markham R, 1997, 246–258) إلى أن الألكسيزيميا تكون ناجمة عن اضطراب في النصف الأيمن من الدماغ، وهي مسؤولة إلى حد كبير عن معالجة العواطف، وبالإضافة إلى ذلك، نموذج آخر يشير إلى العصبية التي قد تكون ذات صلة بالأليكسيزيميا إلى خلل في القشرة الحزامية الأمامية للمخ (Lane RD, et al, 1997, 34- 44).

حيث أكد Tabibnia G, Zaidele (2005, 81- 92) علي أن معرفة الأسباب لديهابعض أوجه القصور، ومع ذلك، والأدلة التجريبية حول أسباب الألكسيزيميا لا تزال غير حاسمة بالنسبه لها. فقد اعتبره البعض مسالة تتعلق بالاستعداد الوراثى واعتبره البعض الأخر اضطرابات نمائية متطورة مبكره تحدث في فترة مبكرة من حياة الإنسان (Krystal, 1988, 247-298) أوحاله ترجع الى اضطراب في عمليات التواصل بين أفراد الأسرة(Kking & Mallinckordet, 2000, 98- 245)، أو نتيجة المرور بخبرات صادمة عنيفة، أو نتيجة لميكانيزمات نيورو فسيولوجيه (Krystal, 1988, 247)، أما من حيث الخبرات التطوريه فهناك العديد من الاتجاهات المفسرة في هذا الصدد وهذه الاتجاهات تركز على دور الأسرة في تطوير قدرات أفرادها في التواصل مع الآخرين. والتعبير عن

مشاعرهم، تلك القدرات التى تكتسب أثناء تطور علاقات الأفراد داخل أسرهم (Vongeisti, 1993, 271).

حيث يتعلم الطفل من النماذج المبكرة في حياته التعبير عن انفعالاته. وهذا التعلم التعلم يؤثر في علاقاته الشخصية فيما بعد (Cassidy.et al., 1992, 251)، فغياب خبرة التفاعل الايجابى في بيئة أسرية تفتقد مهارات التواصل فيما بين أفرادها في سنوات الطفولة المبكرة. يمكن أن يؤدى أو يزيد من احتمالية معاناة أحد أبنائها من صعوبة التعبير عن كثير من الانفعالات في حياته المقبله (Berenboum & James, 1994, 353).

هذا وقد قام"نيودلمان" Newdelman (1998) بدراسة على عينة من مجموعتين من الأطفال الذكور والاناث تراوحت أعمارهم مابين ٧-١٣عام، الأولى لديهم صعوبات تعلم غير لفظية عددهم ٩٨، والثانية ذوى صعوبات تعلم موهوبين عددهم ٩٥، طبق عليهم بروفيل الأحاسيس غير اللفظية، مقياس تورنتو للألكسيزيميا، وقد أشارت النتائج الى أن ذوى صعوبات التعلم الموهوبين كانوا أقل في الألكسيزيميامن ذوى صعوبات التعلم فقط، ومن ثم تتسبب البيئات العائليه الفاشله وظفياً Dysfunctional family environments في حدوث الأليكسيزيميا، فالأم التى تفشل في تعليم طفلها أو تشجيعه على التعبير عن انعالاته في كلمات.يمكن أن تسهم في افتقاد الطفل القدره على التعبيرعن مشاعره بشكل لفظى (King & Mallinckordet, 2000, 98- 245)، ويزداد الأمر سوءا اذا كانت الأم مصابه بهذا الاضطراب (Taylor.et al..1997, 154)، يضاف الى صعوبات التواصل والتعبير داخل الأسرة ما أشار اليه بعض الباحثين من وجود خبرات صادمة في الطفولة المبكرة باعتبارها أحد الأسباب المسؤولة عن الاضطراب، مثل خبرة سوء الاستخدام الجسدى واللفظى في علاقاتهم الحميمه في الطفولة (Yelsma, 1996, 65)، بل ان الأمر يتعدى الخبرات الصادمةفي الطفولةالمبكرة.

إذا تلعب خبرات الحياةاللاحقة دوراً أيضاً في الاصابه بهذا الاضطراب. حيث تبين الدراسات التى أجريت على الناجحين من معسكرات الاعتقال، والذين تعرضوا لخبرات صادمة عنيفة (Zeitlin et al, 1993, 65).

٧- **<u>عواقب ونتائج الالكسييزيميا:</u>**

تجعل الألكسيزيميا الافراد عرضة للاضطرابات النفسية والسلوكية والفسيولوجية النفس جسدية العديدة ومنها:

أ- النتائج النفسية:

وجد أن الأفراد الذين لديهم الكسيزيميا يعانون من الاكتئاب المرتفع، وجودة الحياة المنخفضة، والرضا عن الحياة المنخفض والقلق، ووالعصابية المرتفعة، والانبساطية المنخقضة والانفتاح على الخبرة المنخفض وعدم القدرة على التعامل مع الضغوط النفسية (Picard.et.al., 2011, 256).

ب- النتائج السلوكية:

هناك ارتباط بين الألكسيزيميا والسلوكيات الخاطئة، مثل: اضطرابات الطعام، والسمنة، واضطرابات النوم، والكسل، وتعاطى الخمور والخدرات، وتجنب الآخرين، وعدم التوكيدية، وعلاقات مع الآخرين غير دافئة وغير ودودة، وتجنب الصراع، والاعتمادية على الآخرين، والتصرف بشكل قهرى والأفعال المتكررة (Konrath et al, 2011, 135).

ج- النتائج الفسيولوجية:

ترتبط الألكسيزيميا باعتلال وضعف الصحة العامة، وتؤدى الى اضطرابات نفس جسمية، مثل: السرطان، وامراض القلب، واضطرابات الهضم والقولون (Sutherland, 2011, 7).

٨- **<u>نسبة إنتشار الألكسيزيميا:</u>**

لقد أجريت العديد من الدراسات حول الأشخاص العاديين فتم الوصول إلي تأثير العمر علي الأليكسيزيميا ولكن ليس هناك فروق بين الجنسين. أما فيما يتعلق بالمشكلات الصحية على النحو التالي: ٨.٤% وذلك (٢ من ٢٤ شخصا)، ٤.٧٪ (٢ من ٤٣) ٩٠٨% (١٦من١٧٩) و٧% (٤ من٥٦) وهكذا فقد ذكرت العديد من الدراسات الى أن معدل الانتشار هو أقل من ١٠٪. وكان من النتائج أقل شيوعا يوحي بأنه قد يكون هناك ارتفاع حالات الإصابة من بين الذكور أكثر من الإناث والتي يمكن استأثرت به بعض الصعوبات الخاصة بالذكور مع"وصف المشاعر"، دون الإناث ولكن ليس بسبب الصعوبات في"تحديد المشاعر" في الذكور والإناث التي تظهر قدرات مماثلة (http: // www.japanpsychiatrist.com).

نسبة انتشارها لدي الأفراد العادين تقدرب١٠- ٢٠%، بينما توصل أخرون إلي أن ١٠- ١٥%من البالغين يعانون من الألكسيزيميا (Parker, Taylor, & Bagby, 1999, 187)، وأشار بعض الباحثين أن حجم إنتشار الألكسيزيميا تتراوح بين٩- ١٧%عند الرجال، وبينما تتراوح بين النساء٥- ١٠% (Taieb et al, 2002, 154)، أما عن نسبة إنتشارها بين كبار السن فكانت ١٤.٦% بين الذكور، و١٧.٣٥بين النساء (Gunzelman, Kupfer, 2002, 74- 80)، ففي فرنسا

تبلغ نسبة إنتشار الإصابة بالإلكسيزيميا ١٧.١%بينما تبلغ نسبة إنتشارها في كندا ١٨.٨% وفنلندا ١٣% وكذلك صنت النسبة لدي الذكور ٩.٤% بينما الإناث ٥.٢% (Kokkhen, 2001, 80).

والألكسيزيميا كسمة للشخصية تتميز بالثبات النسبى، وتنتشر لدى الاطفال بنسبة تتراوح ما بين١٠: ١٥%، كما أن نسبة أنتشارها لدى الذكور أعلى من نسبة أنتشارها لدى الاناث وتستخدم لوصف ظاهرة نفسية لدى الأفراد الذين يتعرضون لمشاعر قوية، ويجدون صعوبة في فهمها، والتعبير عنها للآخرين وينعكس ذلك في عجز في توظيف المشاعر والأحاسيس (Way et al, 2007, 98).

٩- أنواع الالكسيزيميا:

هناك نوعان للالكسيزيميا:

- النوع الأول (الإلكسيزيميا الأولية) وهي: ترجع إلي أسباب بيولوجية.
- النوع الثاني (الالكسيزيميا الثانوية): وهي شائعة أكثر، وتكون نتيجة تأثيرات نفسية إجتماعية، فالخبرات الصادمة التي تحدث مبكرا تؤثر علي إستخدام الطفل للكلمات في التعبيرعن مشاعره.

وتزداد الالكسيزيميا الثانوية بسبب الضغوط النفسية والمشكلت الصحية في أثناء المراهقة والبلوغ، وإن التمييز بين الالكسيزيميا الأولية والثانوية لدي الأفراد يعد أمرا صعبا، فأحيانايبدي الفد كلا النوعين من الالكسيزيميا (ساميه عبدالنبي، ٢٧٥، ٢٠١٢).

رابعاً: دور العلاج السلوكي في علاج الألكسيزيميا لدي ذوي صعوبات التعلم:

يعد العلاج السلوكي من أهم العلاجات التى تعتمد على الحقائق التجريبية في علم النفس الأكاديمى ومدارسه المختلفة، إنه يستظل أساسا بعباءة نظريات التعلم، فهو قد نشأ وتطور كمجموعة من القواعد الصالحة للمارسة الإكلينيكية، والعلاج النفسى يفضل ظهور نظريات التعلم التشريط ويتبنى في نظرته للسلوك المرضى نفس النظرة التى تتبناها نظرية التعلم عند التعامل مع السلوك، ولهذا ينظر المعالج السلوكى للأمراض النفسية بصفتها استجابات أو عادات شاذة نكتسبها بفعل خبرات خاطئة يمكن أن نتوقف عنها أو نستبدلها بتعلم سلوك أفضل. ويعتبر العلاج السلوكى الحديث Therapy Behavior من أكثر الاتجاهات العلاجية المعاصرة إثارة لاهتمام الأوساط الكلينيكية، ذلك لأن المعالجين السوكيين" معدلى السلوك" هم حاليا أكثر القائمين بالأبحاث والنشاط الكلينيكى من حيث كم الإنتاج، وتمثل طريقتهم نزعة من أكثر النزاعات الحالية بروزا في العلاج النفسى، وذلك من واقع بحوثهم ومجلاتهم ودورياتهم ومؤلفاتهم العلمية المتعددة، بالإضافة إلى اراء النقاد في هذا الصدد (عبد العزيز الدخيل، ١٩٩٠، ١٦).

ويرى ابراهيم على (١٩٩٧، ٣٢١) أن العلاج السلوكى يعتبر أحدالأساليب الرائدة في مجال الصحة النفسية فهو يهتم بمساعدة الأفراد للتغلب على الصعوبات في أى جانب من جوانب النشاط الانسانى أو الخبرة البشرية، الاأن العلاج السلوكى باعتباره عملا اكلينيكيا فأنه يهتم بعلاج مشاكل الصحة النفسية.

كماأشار Ellis (2004, 270) الى أن العلاج السلوكى ضرورة حتمية لكل المشاكل التى تواجه الأفراد ذوى الاضطرابات أو المشاكل السلوكية، والعلاج السلوكى كحل يمكنه أن يتغلب على الطبيعة البشرية، ويرى أن الاضطرابات النفسية مثل الشعور بالأحباط أو العجز تمثل الخيار الأول لاستخدام للعلاج السلوكى، أما الاختيار الثانى فيتحدد في القلق والاكتئاب والحالات الشاذه، والتى يمكننا العلاج السلوكى من تعديلها

وتجدر الإشارة إلى أن العلاج السلوكى له العديد من الفنيات والتى تسمح لنا بابتكار العديد من الحلول أمام المشكلات التى تواجهنا، وفنيات العلاج السلوكى مكملة لبعضها البعض فبالإمكان استخدام أكثر من فنية في علاج بعض السلوكيات الشاذة، ومن الضرورى معرفة التغيرات التى تحدث على السلوك اثناء العلاج وإلا قمنا بتغيير الاستراتيجيات المتبعة (Ellis, 2005, 153- 168).

فالألكسيزيميا كسمة للشخصية تتسم بالثبات النسبي، وتنتشر لدي الأطفال بنسب تتراوح مابين ١٥-٢٠% وهي تستخدم لوصف ظاهرة نفسية لدي الأفراد المعرضين لمشاعر قوية ويواجهون صعوبة في فهمها، والتعبير عنها للأخرين، وينعكس ذلك في عجز توظيف المشاعر والأحاسيس، وعدم إكتراثهم بعواقب افعالهم والتحكم الاثارة (محمد رزق البحيري، ٢٠٠٩، ٨١٩)، في دراسة (Newdelman, 1998).

للأعراض النفس عصبية لدي ذوي صعوبات التعلم اللفظية، حيث قام بدراسة علي عينة من مجموعتين من الأطفال الذكور والإناث تراوحت أعمارهم ما بين (٧- ١٣)، الأولي لديهم صعوبات تعلم غير لفظية عددهم٩٨، والثانية ذوي صعوبات تعلم موهوبين عددهم ٩٥، طبق عليهم بروفيل الأحاسيس غيراللفظية، مقياس تورنتو للألكسيزيميا، وقدأشارت النتائج إلي أن ذوي صعوبات التعلم الموهوبين كانوا أقل في الألكسيزيميا من ذوي صعوبات التعلم فقط، حيث ان صعوبات التعلم تنطوي علي مشكلات مجتمعية وفردية متعددة حيث يمثلون٤٣%من جملة من يتلقون خدمات التربية الخاصة (أشرف عبد الغفار، ٢٠٠٤)، حيث يشير (عادل عبد الله، ٢٠٠٦، ٤٩) إلي أن النسبة العالمية لمعدلات إنتشارصعوبات التعلم بين ٥- ٦%تقريبا من التلاميذ التي تتراوح أعمارهم بين السادسة والسابعة، أما نسبة إنتشارصعوبات التعلم بين الجنسين فإن أعدادالبنين الذين يعانون منهاتزدادقياسا بالبنات حيث تصل النسبة بينهما إلي ٣ للبنين في مقارنة البنات، فصعوبات التعلم في إنتشارها لدي

قطاع عريض من الأطفال الذين يتمتعون بمستوي ذكاء متوسط، بل مرتفع أحيانا. ففي البيئة الأجنبية يشير (السيد صقر، ٢٠٠٠، ٧٩) إلي أن نسبة ذوي صعوبات التعلم في بعض الولايات المتحدة مقارنة بالإعاقات الأخري هي٥٥%، وفي هاواي ٦٤%، وفي نيويورك ٦٣%، وفي ألاسكا٥٧%، وهذه النسبة من العدد الكلي للأطفال المعاقين.

حيث قام بارتردج Partridge (1993) بدراسة هدفت دراسة نمو واكتساب الألكسيزيميا لدى ذوىصعوبات التعلم غير اللفظية، وتكونت عينة الدراسة من ٨٠ من الذكور والاناث ذوى صعوبات التعلم اللفظية ومثلهم من ذوى صعوبات التعلم الموهوبين تراوحت أعمارهم مابين ٥- ١٨ عام، طبق عليهم مقياس تورنتو للألكسيزيميا وأشارت النتائج الى أن اكتساب الألكسيزيميا أسرع من نموها، حيث كانت مرتفعة لدى ذوى صعوبات التعلم الموهوبين عن ذوى صعوبات التعلم، حيث تتفق أغلب الدراسات التي أجريت علي ذوي صعوبات التعلم في مرحلة الطفولة علي أهمية التعرف علي خصائص وسمات هؤلاء الأطفال في هذه الأعمار حتي يتم إكتشافهم مبكراً، وفي دراسة محمد رزق البحيرى (٢٠٠٩) هدفت هذه الدراسة الى التحقق من قدرة متغيرات الثقة بالنفس والضغوط النفسية وضبط الذات في التنبؤ بالألكسيزيميا، والكشف عن التباين بين الأطفال من ذوى صعوبات تعلم القراءة الموهوبين موسيقيا وكل من الأطفال العاديين، والأطفال ذوى صعوبة تعلم القراءة (من غير الموهوبين). كذلك بيان الفروق في الألكسيزيميا بين الأطفال الموهوبين موسيقا من ذوى صعوبات تعلم القراءة: ذكورا واناثا حيث تكونت عينة الدراسة من (٧٠) من الأطفا ل تراوحت أعمارهم مابين (١٠- ١٢) عام من ذوى صعوبات تعلم القراءة الموهوبين في الموسيقى، ومثلهم لكل عينة من العينات الثلاث الأخرى، طبق عليهم جميعا مقياس تورنتو للألكسيزيميا وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود ارتباط بين الألكسيزيميا وكل من الضغوط النفسية، وانخفاض كل من ضبط الذات والثقة بالنفس، مما يدل على اسهام هذه المتغيرات في التنبؤ بالألكسيزيميا لدى عينة الدراسة الأساسية من الأطفال ذوى صعوبات تعلم القراءة والموهوبين موسيقيا، كما أشارت النتائج الى وجود فروق دالة احصائيا في الألكسيزيميا في اتجاه عينة الدراسة مقارنة بعينتى الموهوبين موسيقا والعاديين، ومقارنة بعينة الدراسة في اتجاه ذوى صعوبات تعلم القراءة.

فالاطفال الذين يعانون الألكسيزيميا، يكون لديهم صعوبة التحديد والتعرف على المشاعرو وصفها، وصعوبة التمييز بين الأحاسيس الانفعالية، والجسمية، ولديهم نقص في الخيال، والأسلوب المعرفى الموجه من الخارج حيث يركز على الأحداث الخارجيه، ويرتبط القصور في قدرة الفرد على ادراك انفعالاته بالقصور في ادراكه لمشاعر وانفعالات الآخرين، ففي دراسة ياسمين جمال الدين (٢٠١١) قامت الدراسة للتحقق من العلاقة بين بعدى التعلق: القلق والتجنب والأليكسيمثيميا بضبط

بعض المتغيرات الوسطية افتراضا أن الضبط سيخفض من مقدار العلاقة بين قلق التعلق والألكسيزيميا ويرفع من مقدار العلاقة بين تجنب التعلق والأليكسيزيميا.

قامت الباحثة بتطبيق أدوات قياس التعلق والألكسيزيميا ودفاعات الانا من اعدادها وبعد العصابية إعداد أحمد عبد الخالق على عينة قصيدة من (٣١٩) فردا منهم (٦٥) ذكر أعمارهم بين (١٧) (٦٠)، وفي دراسة محمد شعبان (٢٠١١) حيث هدفت الدراسة إلي: التعرف علي العلاقة بين الالكسيزيميا وسلوك المشاغبة لدى عينة الدراسة، ال تعرف اتجاه الفروق بين الجنسين الذكور والإناث في كل من الالكسيزيميا وسلوك المشاغبة، تعرف اتجاه الفروق بين المراحل التعليمية الثلاثة في من الالكسيزيميا وسلوك المشاغبة، التحقق من إمكانية التنبؤ بسلوك المشاغبة من خلال وجود الألكسيزيميا لدى عينة الدراسة، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: لا يوجد فروق دالة بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث في الالكسيزيميا، يوجد فروق دالة بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث في اتجاه عينة الذكور، يوجد فروق بين المراحل التعليمية الثلاثة (الإعدادية، الثانوية، الجامعية) في الألكسيزيميا في اتجاه المرحلة الثانوية، يوجد فروق بين المراحل التعليمية الثلاثة (الإعدادية، الثانوية، الجامعية) في سلوك المشاغبة في اتجاه المرحلة الثانوية، يسهم وجود الألكسيزيميا كنموذج أحادي في التنبؤ بسلوك المشاغبة لدى عينة الدراسة خلال المراحل التعليمية الثلاثة (الإعدادية، الثانوية، الجامعية)، توجد علاقة ارتباطية دالة بين الألكسيزيميا وسلوك المشاغبة لعينة الدراسة، حيث أن إنخفاض القدرة التعبيرية عن المشاعر الذاتية خاصة إذا كان هذا الفرد طفلاً، مما يعوق عملية النضج اللغوي لديه وبالتالي يعجز عن التواصل مع الأخرين، فيحدث سوء توافق إجتماعي، ويعجز عن تكوين صداقات والتعامل مع الأخرين.

خامسا: فروض الدراسة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات فترات القياس (قبلي- بعدي- تتبعي) على أبعاد مقياس الألكسيزيميا اللفظى لأمهات ومعلمات الأطفال والدرجة الكلية".
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين فترات القياس (قبلي- بعدي- تتبعي) علي أبعاد مقياس الألكسيزيميا المصور لطفل الروضة بأبعاده الأربعة.

الفصل الثالث
إجــــراءات الدراســـــة

أولاً: منهج الدراسة.

ثانياً: عينة الدراسة.

ثالثاً: متغيرات الدراسة.

رابعاً: أدوات الدراسة.

خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

سادساً: التصميم التجريبي للدراسة.

الفصل الثالث
إجـــــــراءات الدراســــــــة

مقدمة:

يتضمن هذا الفصل عرضًا تفصيليًّا لمنهج الدراسة وكذلك لعينة الدراسة، التي تشتمل على العينة الاستطلاعية (لتقنين أدوات الدراسة)، وعينة الدراسة الأساسية ومتغيراتها، وأيضا الأدوات التي استخدمتها الباحثة عند تطبيق هذه الدراسة. بالإضافة إلى الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة. الإجراءات التي اتبعتها الباحثة، وذلك وفقًا لمتطلبات الدراسة.

وفي ضوء ما أسفرت عنه الدراسة النظرية. حيث يشتمل هذا الفصل على ما يلي:

أولاً: منهج الدراسة.

ثانياً: عينة الدراسة.

ثالثاً: متغيرات الدراسة.

رابعاً: أدوات الدراسة.

خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

سادساً: التصميم التجريبى للدراسة.

وسوف يتم تناول أدوات وإجراءات الدراسة في هذا الفصل على النحو التالي:

أولاً: منهج الدراسة:

إعتمدت الدراسة علي المنهج شبه التجريبي استخدمت الباحثة المنهج التجريبي بتصميم المجموعة الواحدة لدراسة متغيرات الدراسة لتناسبه مع عينة الأطفال ذوي صعوبات التعلم المصابين بالألكسيزيميا.

ثانياً: عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة الحالية من عينة التحقق من الشروط السيكومترية لأدوات الدراسة، وعينة الدراسة الأساسية كالأتي:

١) عينة التحقق من الشروط السيكومترية لأدوات الدراسة:

تكونت العينة المستخدمة للتحقق من الشروط السيكومترية لأدوات البحث من (٥٠) طفل وطفلة من نفس مجتمع البحث ومن خارج عينة البحث الأساسية وتكونت من (٢٠) طفلاً، و(٣٠) طفلة وتراوح العمر الزمنى من (٤- ٦) سنوات في مرحلة رياض الأطفال، بمتوسط حسابى (٥.٢) وانحراف معيارى (٠.٧).

تضمنت العينة الاستطلاعية للدراسة الحالية على (٥٠) من أطفال الروضة من٤- ٦ سنوات.

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من عدد (٥٠) من أطفال من مجتمع الدراسة ومن خارج عينة الدراسة الأساسية، والعمر الزمني (٤- ٦) سنوات، من روضات محافظة كفر الشيخ وذلك بهدف التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، حيث تم إختيار العينة من عينة أكبر قوامها ١٥٠٠ طفل وبعد التحقق من الشروط السيكومترية ثم التوصل ل٢٠٠ طفل، ثم تم تطبيق مقياسي الألكسزيميا عليهم تم التوصل لـ٥٠ طفل، وتم اجراء المقياسين علي تلك العينة ثم تم اضافه العينة الأساسية.

٢) عينة البحث الأساسية:

تكونت العينة الأساسية للبحث من (١٤) طفلاً وطفلة، تراوحت أعمارهم بين (٤- ٦) سنوات في مرحلة رياض الأطفال بمتوسط حسابى (٤.٨٩) وانحراف معيارى (١.١٥)، وقدتم الاعتمادفي العينة علي المنهج شبه التجريبي ذوالمجموعة الواحدة) القبلي والبعدي وعددها (١٤)، وذلك كما يوضحه جدول (١)

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (١٤) طفلا من أطفال الروضة ذوى صعوبات التعلم.

جدول (١)

عينة البحث الأساسية وتوزيعهم على المراكز

اسم المركز	بنين	بنات	المجموع
١- مركز التدخل المبكرللطفولة.	٥	٢	٧
٢- جمعية التواصل لذوي الإحتياجات الخاصة.	٥	٢	٧
المجموع	١٠	٤	١٤

الخطوات التى تم اتباعها لاشتقاق عينة البحث الأساسية:

- حيث أن موضوع البحث الحالى عن الأطفال ذوي صعوبات التعلم فقد تم اختيارهم من هذه الفئة، وذلك بعد عمل حصر للمراكز الموجودة علي مستوي محافظة الأسكندرية ثم تم عمل زيارات ميدانية لهذه المراكز، وتم التأكد من وجود عينة البحث، وذلك بمقابلة مديري المراكز والمعلمات والإخصائيات.

- بعد أخذ الموافقة على إجراء البحث من إدارة كلية رياض الأطفال، وتم تحديد مركزين لإجرائه، وبلغ عدد مجتمع البحث٧٠طفل وطفلة، وذلك بمساعدة المعلمات والأخصائيات. ثم بعد السؤال والحصرواستخدام محكات التباعد والإستبعاد لذوي الاعاقات، والاطفال ذوي صعوبات النطق والكلام، وذلك من خلال الاطلاع علي الاختبارات والبرامج المقدمة للأطفال بالمركزين بمساعدة الاخصائيات والمسئولين عن الاطفال، وتم استثناء الكثيرمن الحالات، وبذلك تم التوصل إلي ٣٠ حالة من ذوي الصعوبات بعد تطبيق قائمة الكشف المبكرعن صعوبات التعلم النمائية لطفل ما قبل المدرسة.

- قامت الباحثة بتطبيق مقياس الألكسيزيميا المصور لأطفال الروضة (إعداد الباحثة)، ومقياس الألكسيزيميا اللفظي للمعلمات والأمهات (إعدادالباحثة)، وبعد التأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس (صدق، ثبات، وإتساق داخلى).

- وتم رصد الدرجات المتحصل عليها وحساب المتوسط الحسابى والإنحراف المعيارى واعتبار أن المجموعة من الأطفال التى تحصل على المتوسط الحسابى (+) انحراف معيارى واحدهم الأكثرإصابة بالألكسيزيميا والمجموعة التى تحصل على متوسط حسابي (-) انحراف معيارى واحد هم الأقل في الألكسيزيميا، وذلك وفقاً لما ذكره فؤاد أبو حطب، أمال صادق (١٩٩١، ص ٤٧-٤٩) من أن الإجراء الأقرب للشيوع في أغلب المقاييس النفسية والتربوية والاجتماعية، أن تحدد المسافات في ضوء بعد كل فرد عن المتوسط الحسابى للدرجات في المقياس بمسافة معيارية تحدد إحصائيًا بالانحراف المعيارى.

- وعليه فقد أصبحت مجموعة البحث (١٤) طفلاً وطفلة وتم إستخدام المنهج التجريبي ذو المجموعة الواحدة القائم علي القياسين القبلي والبعدي كما هو موضح بجدول (٢).

جدول (٢)

المتوسط الحسابى والإنحراف المعيارى لتطبيق مقياس الألكسيزيميا المصور

لاختيار عينة البحث

المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري	مستوي الألكسيزيميا	العدد
٧٨.١٣- الأقل من	منخفض	١٦
٩٨.١٦+ الأكثر من	مرتفع	١٤

***إجراءات التجانس بين أفراد العينة من حيث العمر الزمنى ونسبة الذكاء:**

- للتحقق من تجانس العمر الزمنى والذكاء تم الاستعانة بمستندات المراكز من حيث العمر الزمنى حتى تاريخ تطبيق البرنامج للحصول على العمر الزمنى.
- كما تم التأكد من تجانس العمر الزمنى لعينة الدراسة باستخدام اختبار كلومجروف سميرنوف ويوضحه جدول (٣).

جدول (٣)

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة كلومجروف- سميرنوف

للعمر الزمنى لأطفال عينة الدراسة

المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة كلومجروف- سميرنوف (z)	الدلالة
العمر الزمني	١٤	٥.٤٥٢	٠.٦٢٥	٠.٩٠٨	٠.٤٧٦

يتضح من جدول (٣) أن قيمة Z المحسوبة أقل من القيمة الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) وهى (١.٩٦) مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية، ويدل على تجانس العمر الزمنى لعينة الدراسة وقد بلغ متوسط العمر الزمنى (٥.٤٥٢) بانحراف معياري (٠.٦٢٥).

- الذكاء: حتى تتحقق الباحثة من تكافؤ عينة البحث تم الإطلاع علي البورتفوليو الخاص بكل طفل والتعرف علي نسبة الذكاء الخاصة بهم.
- تجانس العينة: وقد تأكدت الدراسة من تجانس العينة في متغيرات الدراسة للقياس القبلي كما يوضحه جدول (٤) وذلك باستخدام اختبار كلومجروف سمير نوف للعينة الواحدة.

جدول (٤)

تجانس متغيرات الدراسة في القياس القبلي وقيمة كلومجروف–سميرنوف

One- Sample Kolmogorov- Smirnov Test			
المتغير		قبلي مصور	قبلي لفظي
وصف المشاعر والتعبير عنها	المتوسط الحسابي	٢٣.٠٧١	٣٨.٦٤٣
	الانحراف المعياري	٣.٤٥٢	٥.٨١٣
	قيمة كلومجروفسميرنوف	٠.٥٠٤	٠.٨١٧
	مستوى الدلالة	٠.٩٦٢	٠.٥١٨
	الدلالة	غير دالة	غير دالة
تحديد المشاعر والتعبير عنها	المتوسط الحسابي	٢٣.٥٠٠	٤٠.٣٥٧
	الانحراف المعياري	٣.٩٩٥	٣.٩٥٤
	قيمة كلومجروفسميرنوف	٠.٦٢٤	٠.٦٦١
	مستوى الدلالة	٠.٨٣٢	٠.٧٧٥
	الدلالة	غير دالة	غير دالة
صعوبة التخيل	المتوسط الحسابي	٢٥.٢٨٦	٤١.٧٨٦
	الانحراف المعياري	٣.٠٤٩	٣.٠٦٨
	قيمة كلومجروفسميرنوف	٠.٦٦٢	٠.٧٨١
	مستوى الدلالة	٠.٧٧٣	٠.٥٧٥
	الدلالة	غير دالة	غير دالة
التفكير الموجه من الخارج	المتوسط الحسابي	٢٣.٠٠٠	٣٩.٢١٤
	الانحراف المعياري	٢.٣٨٦	٤.٤٩٢
	قيمة كلومجروفسميرنوف	٠.٨٠٢	٠.٤٦٣
	مستوى الدلالة	٠.٥٤١	٠.٩٨٣
	الدلالة	غير دالة	غير دالة
الدرجة الكلية	المتوسط الحسابي	٩٤.٨٥٧	١٦٠.٠٠٠
	الانحراف المعياري	١٠.٣٠٢	١٦.١٩١
	قيمة كلومجروفسميرنوف	٠.٥٢٣	٠.٨٠٨
	مستوى الدلالة	٠.٩٤٧	٠.٥٣١
	الدلالة	غير دالة	غير دالة

يتضح من جدول (٤) أن قيم كلومجروفسميرنوف قيم أقل من القيمة الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠٠٥) وهى (١.٩٦) مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية داخل المجموعة الواحدة في القياس القبلي.

ثالثاً: متغيرات الدراسة:

١) متغيرات الدراسة:

أ- **المتغير المستقل:** البرنامج التدريبى للألكسيزيميا لدى الأطفال عينة الدراسة.

ب- **المتغير التابع:** مستوي الألكسيزيميا لدي أطفال الروضة ذوي صعوبات التعلم.

رابعاً: أدوات الدراسة:

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية مجموعة من الأدوات لتحقيق أهدافها وهى:

١- قائمة الكشف المبكرعن الصعوبات النمائية لدي الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة.

(إعداد: أحمد أحمد عواد، ٢٠١١)

٢- مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة المصرية.

(إعداد: محمد بيومي خليل، ٢٠٠٠)

٣- مقياس الألكسيزيميا اللفظي للأمهات والمعلمات. (إعداد: الباحثة)

٤- مقياس الألكسيزيميا المصور لطفل الروضة. (إعداد: الباحثة)

٥- البرنامج التدريبي لخفض حدة الألكسيزيميا. (إعداد: الباحثة)

وسوف يتم تناول هذه الأدوات بالشرح والتفصيل كالأتي:

١- قائمة الكشف المبكرعن صعوبات التعلم النمائية لدي الأطفال في مرحلة ماقبل المدرسة:

(إعداد: أحمد أحمد عواد)

- **الهدف من استخدام القائمة:** استخدمت الباحثة قائمة الكشف المبكرعن صعوبات التعلم النمائية لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة وذلك للكشف عن الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم النمائية في مرحلة ما قبل المدرسة؛ فكلما كان الكشف عن صعوبات التعلم مبكراً كلما كان العلاج أيسر وأسهل.
- **وصف القائمة:** تم إعداد القائمة في ضوء تصنيف "كيرك وكالفنت" (Kirk, Chalfant, 1984) لصعوبات التعلم النمائية للأطفال مرحلة ما قبل المدرسة، وذلك في ثلاثة جوانب أساسية هي:

أ. الصعوبات اللغوية، وتتضمن:

- الصعوبة في فهم اللغة المنطوقة (استقبال سمعي).
- صعوبات تنظيمية (تفكير سمعي).
- صعوبات اللغة الشفهية (تعبير لفظي).

ب. الصعوبات المعرفية، وتتضمن:

- صعوبات الانتباه والتمييز.
- صعوبات في الذاكرة.
- صعوبات في التكامل بين الحواس.
- صعوبة في حل المشكلة.

ج. الصعوبات البصرية– الحركية، وتتضمن:

- صعوبة التحكم في الحركة الدقيقة.
- صعوبة التحكم في الحركة الكبيرة (تناسق عضلي).

وبعد تحديد أبعاد القائمة ومظاهر الصعوبة في كل بعد من الأبعاد، تم صياغة القائمة متضمنة أربع عبارات أمام كل مظهر من مظاهر الصعوبة، والتي يمكن تطبيقها من خلال معلم رياض الأطفال الذي أمضى سنة دراسية كاملة مع الطفل، على أن يحدد المعلم ما إذا كانت كل عبارة من العبارات تنطبق على الطفل أم لا، وذلك في ضوء أربعة مستويات (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً)، ويقوم المعلم بالإجابة على عبارات القائمة لكل طفل من الأطفال في الفصل على حدة، ويعطي الطفل درجات (٤، ٣، ٢، ١) وفق تسلسل مستويات الإجابة كما هي بالقائمة، ويكون المجموع النهائي لعبارات القائمة (١٦٠) درجة.

فإذا حصل الطفل على أقل من (٦٠%) (٩٦) درجة من مجموع الدرجات القائمة يكون لديه صعوبات تعلم نمائية، وإذا حصل الطفل على أقل من (٦٠%) من درجات كل بعد من الأبعاد يعتبر لديه صعوبة في هذا البعد من أبعاد القائمة.

*** صدق المقياس:**

وفى الدراسة الحالية قامت الباحثة بالتأكد من صدق المقياس باستخدام صدق التكوين، وهو معامل الارتباط بين درجات كل بُعد من أبعاد المقياس الثلاثة وبين الدرجة الكلية للمقياس، وكذلك بين أبعاد المقياس بعضها البعض، تبعاً للجدول التالي:

جدول (٥)

معاملات الارتباطات البينية بطريقة بيرسون

الأبعاد	لغوية	معرفية	بصرية حركية	الدرجة الكلية
لغوية	-			
معرفية	٠.٨١٥	-		
بصرية حركية	٠.٧٦٩	٠.٨٢٢	-	
الدرجة الكلية	٠.٨٠٩	٠.٨٢٧	٠.٨٣٤	-

يتضح من جدول (٥) أن قيم معاملات الارتباط المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠١) مما يدل على وجود علاقة ارتباطية بين أبعاد مقياس قائمة الكشف المبكر لصعوبات التعلم بعضها البعض وبينها وبين الدرجة الكلية، مما يدل على صدق المقياس.

ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس بإيجاد معامل ألفا لكرونباك، وذلك لأبعاد المقياس الثلاثة (الصعوبات اللغوية- الصعوبات المعرفية- والصعوبات البصرية الحركية) وكانت على التوالي (٠.٨٠٧، ٠.٧٩٤، ٠.٨١٥) وقد بلغ معامل الثبات الكلي للمقياس (٠.٨١٨) كما تم حسب الثبات عن طريق إعادة الاختبار بعد فترة زمنية (١٥) يوم وكانت معاملات الارتباط على التوالي (٠.٧٧٦، ٠.٧٨٤، ٠.٧٩٤) وهي قيم دالة إحصائياً مما يدل على ثبات الاختبار.

٢- مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة:

- **الهدف من استخدام المقياس:**

استخدمت الباحثة مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة المصرية (إعداد: محمد بيومي خليل) بغرض مجانسة أفراد العينة، حيث تم اختيارهم جميعاً من المستوى المتوسط.

- **وصف المقياس:**

ويقيس هذا المقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي للأسرة المصرية من خلال ثلاثة أبعاد أساسية يمثل أولها في المستوى الاجتماعي، وذلك من خلال الوسط الاجتماعي، وحالة الوالدين، والعلاقات الأسرية، والمناخ الأسري السائد، وحجم الأسرة، والمستوى التعليمي لأفراد الأسرة ونشاطهم المجتمعي، والمكانة الاجتماعية لهم.

أما البعد الثاني فيتمثل في المستوى الاقتصادي للأسرة، ويقيس من خلاله المكانة الاقتصادية لمهن أفراد الأسرة، ومستوى معيشة الأسرة، ومستوى الأجهزة والأدوات المنزلية، ومعدل استهلاك الأسرة للطاقة، والتغذية، والرعاية الصحية، والعلاج الطبي، ووسائل النقل، والاتصال، ومعدل الإنفاق على التعليم، والخدمات الترويحية، والاحتفالات والحفلات والخدمات المعاونة، والمظهر الشخصي والهندام لأفراد الأسرة.

ويمثل البعد الثالث في المستوى الثقافي للأسرة، ويقيس المستوى العام لثقافة الأسرة من حيث الاهتمامات الثقافية داخل الأسرة، والمواقف الفكرية للأسرة، واتجاه الأسرة نحو العلم والثقافة، ودرجة الوعي الفكري، والنشاط الثقافي لأفراد الأسرة.

ويعطي هذا المقياس ثلاث درجات مستقلة، بمعدل درجة واحدة لكل بعد، كما يعطي درجة واحدة كلية للأبعاد الثلاثة مجتمعة تتوزع واحد لكل بعد، كما يعطي درجة واحدة كلية للأبعاد الثلاثة مجتمعة تتوزع على عدد من المستويات هي (مرتفعة جداً، مرتفع، فوق المتوسط، متوسط، دون المتوسط، منخفض، منخفض جداً).

ويتمتع هذا المقياس بمعدلات صدق وثبات مناسبة، حيث تراوحت قيم"ت" الدالة على صدقه التميزي بين (١٢.٦– ٢٣.٨)، وذلك للأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية. كما تراوحت قيم معامل الثبات عن طريق إعادة الاختبار بعد ثلاثة أشهر من التطبيق الأول وذلك بالنسبة للأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية للمقياس بين (٠.٩٢– ٠.٩٧) وهي جميعاً قيم دالة إحصائياً عند (٠.٠١).

٣– مقياس الألكسيزيميا اللفظي لأمهات ومعلمات أطفال الروضة ذوي صعوبات التعلم:

(إعداد الباحثة)

أولاً: صدق المحكمين:

قامت الباحثة بعرض مقياس الألكسيزيميا اللفظي على مجموعة من المحكمين من السادة اعضاء هيئة التدريس (ن=١٠) ملحق (٦) في ميدان التربية الخاصة والصحة النفسية والاساتذة العاملين مع الاطفال ذوي صعوبات التعلمَ، وذلك لأخذ أراءهم حول المقياس بأبعاده الأربعة، وتحديد مدى مناسبتها للهدف الذى اعدت من اجله الدراسة الحالية. والتأكد من مدى صحة العبارات وصياغتها، وملائمة العبارات لكل بعد، واستبعاد العبارات التى رأوا انها لا تتناسب مع الهدف أو البعد الذى أُعدت للتعبير عنه.

جدول (٦)

العبارات التى تم تعديلها في مقياس الألكسيزيميا اللفظي

بمعرفة المحكمين

العبارة قبل التعديل	العبارة بعدالتعديل
- لدية صعوبة في التواصل (اللفظي- غيراللفظي) مع الأخرين.	- لديه صعوبة في التواصل غيراللفظي (إيماءات- حركات) مع الاخرين. - يستخدم كلمات قليلة في التعبيرعن مشاعره للأخرين.
- يشعربالرفض من المجتمع (معلمين- أقران- والدين).	- يشعر أنه غيرمرغوب فيه من زملائه والمحيطين به.
- لايستمتع أثناءممارسة الأنشطة الاجتماعية والألعاب الجماعية.	- لايستمتع أثناء ممارسه الأنشطة الاجتماعية. - يرفض مشاركة زملائه في الألعاب الجماعية.
- لايفرق بين المشاعرالانفعالية (قلق- خوف- غضب) والأحاسيس الجسدية المصاحبة لها.	- لايفرق بين إحساسه النفسي (بالخوف أو الغضب) وبين إحساسه الجسدي (بالمغص أو الصداع) عندما يتعرض لمشكلة يومية.
- يشكوالالام صحية غامضة (في المعدة) عندمايمر بمواقف عاطفية وانفعالية شديدة.	يشكو الآلام صحية (مغص أوصداع) عندما يتعرض لمشكلات يومية صعبة.
- يفتقرالحس (الفني- الموسيقي- الأدبي).	- لا يستمتع بالأنشطة الموسيقية، يرفض المشاركة في الأنشطة الفنية، يفتقرإلي الحس الأدبي.
- لايربط الأحداث والذكريات والخيالات (الماضية) بالانفعالات والمشاعرالخاصة به (الحالية).	- لايربط بين أحداث الأمس وانفعالاته ومشاعره اليوم.
- يكررأخطائه عندالقيام بالأنشطة المختلفة.	- لايستفدمن أخطائه أوخبراته السابقة.
- لايهتم بنتائج الأمور ولا يتحمل مسئولية أفعاله.	يرفض أن يتحمل مسئولية مايقوم به من أفعال.

وقد تم حساب النسبة المئوية لاتفاق المحكمين على عبارات المقياس بعد إجراء كافة التعديلات المطلوبة وتراوحت نسب الاتفاق على عبارات المقياس بين (٨٠% إلى ١٠٠%) وهى نسب اتفاق مقبولة.

جدول (٧)

معاملات الارتباط البينية لمقياس الألكسيزيميا اللفظي للأمهات والمعلمات

م		١	٢	٣	٤	٥
١	صعوبة وصف المشاعر والتعبير عنها.	–				
٢	صعوبة تحديد المشاعر والتمييزبينها.	٠.٧٧٧	–			
٣	صعوبة التخيل.	٠.٨٢١	٠.٧٨٨	–		
٤	التفكير الموجه من الخارج.	٠.٧٨٧	٠.٧٥٦	٠.٧٣٩	–	
٥	الدرجة الكلية.	٠.٨٠٤	٠.٧٧٤	٠.٧٨٨	٠.٧٤٦	–

يتضح من جدول (٧) أن قيم معاملات الارتباط بين الأبعاد بعضها البعض وبينها وبين الدرجة الكلية لمقياس الألكسيزيميا اللفظي للأمهات والمعلمات قيم دالة إحصائياً مما يدل علي صدق المقياس.

* **الاتساق الداخلي:** وهو عبارة عن معامل الارتباط بين درجة كل مفردة ودرجة المحور الذى تنتمي إليه المفردة ويوضحه جدول (٨).

جدول (٨)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة المحور الذى تنتمي إليه العبارة

لمقياس الألكسيزيميا اللفظي للأمهات والمعلمات

وصف المشاعر والتعبير عنها		تحديد المشاعر والتعبير عنها		صعوبة التخيل		التفكير الموجه من الخارج	
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	٠.٧٢٦	١٦	٠.٨٣٥	٣١	٠.٦٤٥	٤٦	٠.٦٨٨
٢	٠.٧١٤	١٧	٠.٦٩١	٣٢	٠.٦٩٨	٤٧	٠.٦٦١
٣	٠.٦٦٩	١٨	٠.٧١٤	٣٣	٠.٧٦٣	٤٨	٠.٧٠٥
٤	٠.٧٩٢	١٩	٠.٧٠٣	٣٤	٠.٧١٦	٤٩	٠.٧٣١
٥	٠.٧٨٣	٢٠	٠.٦٠٣	٣٥	٠.٦٨٤	٥٠	٠.٧١٢
٦	٠.٧٦١	٢١	٠.٦٩٨	٣٦	٠.٧١٥	٥١	٠.٧٢٥
٧	٠.٧١٢	٢٢	٠.٧١٥	٣٧	٠.٧٠١	٥٢	٠.٦٩٢
٨	٠.٦٨١	٢٣	٠.٦١٨	٣٨	٠.٧١٥	٥٣	٠.٧١٩
٩	٠.٧٠٣	٢٤	٠.٧٠٩	٣٩	٠.٧٠٩	٥٤	٠.٦٩٢
١٠	٠.٦٤٨	٢٥	٠.٧٥٥	٤٠	٠.٧٢٥	٥٥	٠.٧١٥
١١	٠.٧٧٦	٢٦	٠.٦٤٢	٤١	٠.٧١٦	٥٦	٠.٧٣٥
١٢	٠.٧٣٥	٢٧	٠.٧١٨	٤٢	٠.٦٩٨	٥٧	٠.٧١٣
١٣	٠.٧١٣	٢٨	٠.٦٩٧	٤٣	٠.٦٨١	٥٨	٠.٦٦٣
١٤	٠.٦٧٧	٢٩	٠.٧٢٥	٤٤	٠.٧٣١	٥٩	٠.٦٦٢
١٥	٠.٦٧٥	٣٠	٠.٧١٨	٤٥	٠.٧٠٦	٦٠	٠.٦٦٦
معاملات الارتباط بين كل درجة كل محور والدرجة الكلية للمقياس							
٠.٧١٩		٠.٧٣٨		٠.٦٩٨		٠.٧٢١	

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الارتباط دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١) لجميع عبارات كل محور مما يعنى صدق العبارات لما تقيسه داخل كل محور.

وللتأكد من صدق محاور الاستبيان. قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجات كل محور والدرجة الكلية للاستبيان والذى يوضحه الجدول التالى:

جدول (٩)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية

لدرجات مقياس الألكسيزيميا اللفظي لطفل الروضة

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	٠.٦٩٥	١٣	٠.٦٧٩	٢٥	٠.٨٠٧	٣٧	٠.٦٩٧	٤٩	٠.٧١١
٢	٠.٧١١	١٤	٠.٦٤٤	٢٦	٠.٧٠٨	٣٨	٠.٨٢٦	٥٠	٠.٧١٩
٣	٠.٧٣٥	١٥	٠.٧٣٩	٢٧	٠.٧٣٦	٣٩	٠.٦٧٧	٥١	٠.٦٩٢
٤	٠.٦٨٣	١٦	٠.٧٤١	٢٨	٠.٧١٥	٤٠	٠.٦٣٦	٥٢	٠.٧١٨
٥	٠.٧٠٦	١٧	٠.٦٧١	٢٩	٠.٧١٦	٤١	٠.٦٦٣	٥٣	٠.٧٠٢
٦	٠.٧١٥	١٨	٠.٧١٦	٣٠	٠.٦٩٨	٤٢	٠.٧٢٢	٥٤	٠.٦٤٩
٧	٠.٧٢٨	١٩	٠.٧١١	٣١	٠.٧٣٨	٤٣	٠.٦٥٠	٥٥	٠.٧٣٩
٨	٠.٧٨٨	٢٠	٠.٦١٠	٣٢	٠.٦٣٤	٤٤	٠.٨٤٠	٥٦	٠.٧١٣
٩	٠.٦٧٥	٢١	٠.٧٣١	٣٣	٠.٦٩٤	٤٥	٠.٦٢٩	٥٧	٠.٦٣٩
١٠	٠.٧٣٩	٢٢	٠.٧٠٨	٣٤	٠.٧٠٦	٤٦	٠.٦٥٧	٥٨	٠.٧١٦
١١	٠.٦٢٩	٢٣	٠.٨٠٥	٣٥	٠.٧١٦	٤٧	٠.٧١٥	٥٩	٠.٨٢٣
١٢	٠.٧٨٦	٢٤	٠.٧٦٣	٣٦	٠.٧٠٨	٤٨	٠.٦٣٧	٦٠	٠.٦٧٤

*** قيمة معامل الارتباط الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠١) =٠.٢٨٦**

يتضح من جدول (٩) أن قيم معاملات الارتباط بين عبارات مقياس الألكسيزيمياللفظي لطفل الروضة وبين الدرجة الكلية للمقياس قيم أكبر من القيمة الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠١) مما يدل على قوة العلاقة بين العبارة وبين الدرجة الكلية، مما يشير إلى صدق المقياس وأنها تقيس ما وضعت من أجله.

الثبات:

يقصد بمفهوم ثبات درجات المقياس مدى قياسه للمقدار الحقيقي للسمة التى يهدف لقياسها. أى أنه يعنى الاتساق أو الدقة في القياس (صلاح علام، ٢٠٠٦، ص ١٣١). تم التأكد من ثبات المقياس

بحساب معامل ثبات الفا لكرونباك Cronbach`s Alpha وذلك لعبارات كل محور على حدة مع حساب معامل الثبات الكلي للمحور، وفى كل مرة يتم حذف درجات احدي العبارات من الدرجة الكلية للمحور الذى ينتمي إليها المفردة، ثم التأكد من ثبات المقياس الكلية.

جدول (١٠)

معاملات الثبات لمفردات محاور مقياس الألكسيزيميا "اللفظي" ومعاملات ثبات المحاور والثبات الكلي

وصف المشاعر والتعبير عنها		تحديد المشاعر والتعبير عنها		صعوبة التخيل		التفكير الموجه من الخارج	
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	٠.٧٩٤	١٦	٠.٨٠٧	٣١	٠.٧٩٤	٤٦	٠.٨٤٥
٢	٠.٨٢٦	١٧	٠.٧٦٣	٣٢	٠.٨٢٥	٤٧	٠.٨٣٨
٣	٠.٨٣٨	١٨	٠.٧٩٤	٣٣	٠.٧١١	٤٨	٠.٨٥٤
٤	٠.٨١٩	١٩	٠.٨٠٣	٣٤	٠.٨٠٥	٤٩	٠.٨٤٤
٥	٠.٨٤٩	٢٠	٠.٧٨٩	٣٥	٠.٨٠٦	٥٠	٠.٨٩٢
٦	٠.٨٢٧	٢١	٠.٨٠٦	٣٦	٠.٨٤٢	٥١	٠.٨٤٣
٧	٠.٨٤٣	٢٢	٠.٨١٦	٣٧	٠.٨٤٩	٥٢	٠.٨٤٥
٨	٠.٨٦٢	٢٣	٠.٧٨٦	٣٨	٠.٨١٩	٥٣	٠.٨٤٠
٩	٠.٨٢٢	٢٤	٠.٨١٦	٣٩	٠.٨٤٩	٥٤	٠.٨٣٧
١٠	٠.٧٩١	٢٥	٠.٨٢٤	٤٠	٠.٨٠٦	٥٥	٠.٨٤١
١١	٠.٨٢٧	٢٦	٠.٨٤٤	٤١	٠.٨١١	٥٦	٠.٨٤٨
١٢	٠.٨٣٩	٢٧	٠.٨٤٨	٤٢	٠.٨٢٦	٥٧	٠.٨٤٥
١٣	٠.٨٤٦	٢٨	٠.٨١٥	٤٣	٠.٨٣٩	٥٨	٠.٨٦٣
١٤	٠.٨٣٩	٢٩	٠.٨٤١	٤٤	٠.٨٤٩	٥٩	٠.٨٤٦
١٥	٠.٨٤٧	٣٠	٠.٨٢٢	٤٥	٠.٨٤٣	٦٠	٠.٨٥٥
معاملات الفا لثبات محاور المقياس بدون حذف المفردة							
٠.٨٦٥		٠.٨٤٩		٠.٨٥١		٠.٨٩٤	
معامل ثبات المقياس ككل = ٠.٩٠٤							

يتضح من جدول (١٠) أن قيم معاملات الثبات لمفردات مقياس الألكسيزيميا اللفظي أقل من معامل ثبات المحور الذى تنتمي إليه المفردة أي أن جميع العبارات ثابتة، حيث أن تدخل المفردة لا يؤدي إلى خفض معامل الثبات الكلي للمحور الذى تنتمي إليه المفردة، وقد بلغ معامل الثبات الكلي لمحاور المقياس على التوالي (٠.٨٦٥ - ٠.٨٤٩ - ٠.٨٥١ - ٠.٨٩٤) وهى معاملات ثبات مرتفعة أيضاً مما يدل على الثبات، وقد بلغ معامل الثبات الكلي (٠.٩٠٤).

ومن الإجراءات السابقة تأكدت الباحثة من صدق وثبات مقياس الألكسيزيميا اللفظي، وصلاحيته لقياس الألكسيزيميا لدي أطفال الروضة، والمقياس في صورته النهائية يتكون من (٦٠) عبارة كما هو موضح بملحق رقم (٣) يجاب عنها بإحدى الاجابات الثلاث (دائماً، أحياناً، نادراً) حيث تأخذ الاجابات الثلاث السابقة الدرجات (٣، ٢، ١) على الترتيب وجميع العبارات مصاغة بصورة إيجابية حيث تشير الدرجة العالية في كل محور إلى ارتفاع الكسيزيميالدى الأطفال أما الدرجة المنخفضة فتشير إلى انخفاض الكسيزيميا لدى الأطفال.

٤- مقياس الألكسيزيميا المصور لطفل الروضة: (إعداد الباحثة)

خطوات بناء المقياس:

قامت الباحثة بجمع ما أتيح لها من دراسات وأدبيات مرتبطة بموضوع البحث الحالى والتى تناولت الألكسيزيميا وأهمية التدريب علي خفض حدتهافي مرحلة الطفولة المبكرة، والمراحل المختلفة مثل: دراسة (هدى مطير، ٢٠٠٩)، دراسة (مسعد نجاح، ٢٠١١)، دراسة (داليا الألفي، ٢٠١٢)، دراسة (عفاف بركات، ٢٠١٢)، ودراسة (إيمان البنا، ٢٠٠٣)، ودراسة (صلاح العراقي، ٢٠٠٦)، ودراسة (أبو زيد الشويقي، ٢٠٠٨)، ودراسة (محمد البحيري، ٢٠٠٩)، ودراسة (فاتن طلعت، ٢٠١٠)، ودراسة (سامية عبدالنبي، ٢٠١٢) كما اطلعت الباحثة على عدة مقاييس للألكسيزيميا، منها على سبيل المثال:

- مقياس MMPIللألكسيزيميا. (إعداد: (مشيل وأخرون، ١٩٩١)
- مقياس تورنتو للألكسيزيميا. (إعداد: تورنتو، ١٩٩٧)
- مقياس ثومبسون للألكسيزيميا. (إعداد: ثومبسون، ٢٠٠٧)
- مقياس الألكسيزيميا. (إعداد: سامية عبد النبي، ٢٠١٢)
- مقياس الألكسيزيميا. (إعداد: عفاف بركات، ٢٠١٢)
- مقياس ASC للألكسيزيميا. (إعداد: فوكونيشي، ١٩٩٨)

- استبانة AQC للألكسيزيميا. (إعداد: ريفي واخرون، ٢٠٠٦)
- استبانة EAQ الوعي العاطفي. (إعداد: ريفي وأخرون، ٢٠٠٥)
- مقياسCAM الألكسيزيمياعندالأطفال. (إعداد: أبيلغيت وأخرون، ٢٠٠٥)

وفى ضوء ما إطلعت عليه الباحثة تم صياغة مفردات المقياس في صورته الأولية وإعداد المقياس للتطبيق بعد تعديله بناء على آراء السادة الأساتذة أعضاء هيئة التحكيم/ وقد اتبعت الباحثة الخطوات التالية لإعداد المقياس:

١) قامت الباحثة بصياغة عدد من المواقف بلغ (٤٠) موقف مقسم على الأربعة أبعادالأساسية لمقياس الألكسيزيميا في مرحلة ماقبل المدرسة، وقد تم تعديل بعض المواقف التى تعطى نفس المعنى فاصبحت (٤٠) موقف مدعم بثلاثة إستجابات لفظية مصورة.

٢) قامت الباحثة بعرض عبارات الأربعة ابعاد لمقياس الألكسيزيميا على مجموعة من السادة اعضاء هيئة التدريس المتخصصين في مجال الصحة النفسية والتربية الخاصة في الطفولة المبكرة وعددهم (٢٢)، وذلك لإبداء الرأى في مدى صلاحية العبارات ومدى دقة ووضوح المواقف من حيث الصياغة، ومن خلال ذلك تم استبعاد العبارات والمواقف التى رأى المحكمين عدم مناسبتها، وبلغت نيبة الإتفاق ٨٥%.

وسيتم عرض محتويات المقياس كالأتي:

- تحديد الهدف من المقياس.
- أبعاد المقياس.
- تحديد نوع مفردات المقياس.
- تقدير درجات المقياس وطريقة التصحيح.
- وضع تعليمات المقياس.
- عرض المقياس على مجموعة من السادة المحكمين.
- التجربة الإستطلاعية للمقياس.

١. **تحديد الهدف من المقياس:**

يهدف المقياس الي قياس الألكسيزيميا لدي الأطفال ذوي صعوبات التعلم في مرحلة ماقبل المدرسة، والذي تتكون أبعاده من (صعوبة وصف المشاعروالتعبيرعنها- صعوبة التمييزبين المشاعر- صعوبة التخيل- التفكير الموجه من الخارج)، وذلك من خلال المواقف المصورة التي يتكون منها المقياس والموجهة للأطفال للإجابة عنها لمعرفة ردود أفعالهم تجاهها.

٢. **أبعاد المقياس:**

قامت الباحثة بإجراء التعديلات المناسبة للمقياس في ضوء آراء السادة المحكمين ونتائج التجربة الاستطلاعية، وأصبح المقياس في صورته النهائية، وقد بلغ عدد مواقفه (٤٠) موقف نسقت هذه المواقف في صورة مواقف مصورة، يحتوى الموقف الواحد على سؤال مصور، وللإجابة عليه يوجد ثلاث استجابات مصورة مدعومة بتعليق لفظي، وذلك لاختيار استجابة واحدة منها، موزعة علي أبعاد الألكسيزيميا الأربعة وهى مبينة بجدول (١١) كالأتي:

جدول (١١)

أبعاد مقياس الألكسيزيميا ومواقفها لدى طفل الروضة

م	أبعاد المقياس	عدد المواقف	المواقف الدالة عليها
١	صعوبةوصف المشاعروالتعبيرعنها	١٠	من ١٠: ١
٢	البعد الثاني: صعوبة التمييز بين المشاعر	١٠	من ٢٠: ١١
٣	البعدالثالث: صعوبة التخيل	١٠	من ٣٠: ٢١
٤	البعدالرابع: التفكيرالموجه من الخارج	١٠	من٤٠: ٣١

وقد أكد المحكمون علي الأبعاد الأربعة ومناسبتها لطبيعة وخصائص النمو في مرحلة رياض الأطفال وهى المرحلة موضع اهتمام البحث الحالى.

٣. **تحديد نوع مفردات المقياس:**

فى ضوء الدراسات المرتبطة بالبحث الحالى والتى إعتمدت على استخدام المقاييس المصورة وذلك لعدم قدرة أطفال الروضة على القراءة والكتابة، فقد تم استخدام أنماط مختلفة من الاختبارات الموضوعية Objective Tests تعتمد جميعها على المفردات المصورة والملونة.

وتم الاعتماد في البحث الحالي على استخدام المقياس المصور، وقد روعي في الصور ما يلي:

- أن تكون الصور واضحة ومفهومة للأطفال ولا تحتمل أكثر من إجابة.
- أن تكون صور المفردات متساوية في الحجم قدر المستطاع.
- أن يكون حجم صور المفردات مناسب وواضح.
- ان تكون الألوان زاهية ومناسبة للمرحلة العمرية.

٤. **نظام تقدير درجات المقياس وطريقة التصحيح:**

قامت الباحثة بتحديد طريقة الإجابة على المقياس وطريقة تصحيحه، حيث يتم تطبيق المقياس على الأطفال بصورة فردية، وعلى كل طفل ان يختار بديلاً واحداً من ثلاثة بدائل، مع تخصيص التقديرات (٣، ١، ٢) لكل البدائل على التوالي، بحيث تكون الدرجة الصغرى (٤٠) درجة، والدرجة المتوسطة (٨٠) درجة، والدرجة النهائية (١٢٠) درجة، وتشير الدرجة المنخفضة إلى المرتفعة إلي إرتفاع نسبة الألكسيزيميا لدي الأطفال بأبعادهاالأربعة المذكورة في البحث الحالي.

- تكون المقياس في صورته النهائية من (٤٠) عبارة موزعة على أبعاد الألكسيزيميا الأربعة التى يتكون منها المقياس.
- يتم وضع ورقة تصحيح خاصة بالمقياس في النهاية يتم فيها رصد الباحثة لاستجابات الاطفال للمقياس، ويتم تدوين استجابة كل موقف سواء كانت صحيحة ام خاطئة، ويتم ذلك بناء على التعليمات الخاصة بتصحيح بنود المقياس، وبذلك يكون الحد الاقصى لمجموع الدرجات على المقياس (٤٨) درجة.

تم كتابة تعليمات المقياس لتساعد القائم بتطبيق المقياس، كما تم إعداد بطاقة منفصلة لتسجيل درجات الأطفال كل طفل علي حدة.

والمقياس يطبق فرديًا على الأطفال، أما بالنسبة للزمن فقد اختلف وفقًا لحالة وظروف كل طفل وقد تراوح زمن التطبيق بين (٣٠: ٤٥ دقيقة).

٥. **عرض المقياس على مجموعة من السادة المحكمين:**

تم عرض مقياس الالكسيزيميالدى أطفال الروضة بما فيه من مواقف مصورة على مجموعة من السادة المحكمين* المتخصصين في ميدان التربية الخاصة والصحة النفسية والاساتذة من السادة اعضاء هيئة التدريس، لفحصها وإبداء الرأي حول المواقف ومناسبتها للهدف الذى أعدت من أجله الدراسة الحالية والتأكد من صحة وصياغة مواقفه بحيث تصف وصفاً واضحاً للأداء المراد ملاحظته، والتاكد من مدى صحة العبارات وصياغتها، وملائمة الصور المعبرة عن كل موقف أُعدت من اجله، واستبعاد العبارات التى رأوا انها لا تتناسب مع الهدف أو البعد الذى أُعدت للتعبير عنه.

وبعد الأخذ بملاحظاتهم واقتراحاتهم تم استبعاد المواقف التي قرر المحكمون عدم صلاحيتها والإبقاء على المواقف التي قرر (٨٥.%) منهم صلاحيتها لقياس الالكسيزيميا لدي أطفال الروضة،

* ملحق رقم (٦).

وقد اجتمعت آراء السادة المحكمون علـى مناسبة مقياس الألكسيزيميا لأطفال الروضـة وصـلاحيته للقياس على مجتمع البحث المنشود.

ما بين حذف بعض العبارات، وأخرى تم تبسيط صياغتها، كما تم تقديم بعض الإقتراحات حول نقل بعض العبارات من بُعد إلى بعد آخر حسب مدى مناسبته، وتعبيره عن بعده اكثر من غيره. ولكن:

- أكد المحكمين على أن تراعى المقاييس أن تخاطب عباراتها الأطفال من الجنسين.
- أشار المحكمين على ضرورة إحتوء الموقف الواحد على تفسير فقط.
- ضرورة إختصار العبارات بما يتناسب مع العينة موضع الدراسة.
- قياس مفردات كل موقف للأبعاد التى وضعت لقياسها.
- صحة ووضوح الصياغة اللغوية في مواقف المقياس.
- نظام تقدير الدرجات.
- وضوح تعليمات المقياس.
- مناسبته لطبيعة المرحلة العمرية (مرحلة الروضة).
- إضافة أو حذف ما يرونه مناسباً في بنود المقياس.

وقد أرفق بالمقياس ما يلى:

- تعريف بعنوان البحث وموضوعه.
- الهدف من البحث.
- تعريف الأبعاد الرئيسة التي إشتمل عليها المقياس.
- وصف مختصر للمقياس وطريقة الإجابة عليه.

وتم حساب النسبة المئوية لإتفاق المحكمين على مواقف المقياس، للتعرف على ملاءمة مواقف المقياس لقياس المحاور التى وضعت لقياسها، ووضوح لغة العبارات، وملائمة الصورة للموقف ووضوحها، ووضوح التعليمات، وملاءمة نظام تقدير الدرجات، وملاءمة المقياس لمرحلة الروضة، وصلاحية المقياس للتطبيق. وبناء على ذلك لم تحذف أى من المفردات حيث أن كل المفردات قد حصلت على نسبة (٨٠%- ١٠٠%) ملحق (ى)، وبهذا يتحقق للمقياس صدق المحتوي.

٦. **التجربة الإستطلاعية للمقياس:**

تم تجريب المقياس على عينة بلغت (٥٠) طفلا وطفلة من أطفال الروضة، من غير العينة الأصلية للبحث، وكان الهدف من هذا التجريب حساب ما يأتي:

- صدق المقياس:

صدق المقياس هو قدرته على قياس ما وضع من أجله أو السمة المراد قياسها، وهناك طرق مختلفة لحساب الصدق، وقد اعتمدت الباحثة في البحث الحالي للتأكد من صدق المقياس على طريقتين:

١- المحكمون الاتساق الداخلى للمفردات:

جدول (١٢)

معاملات الارتباط البينية لمقياس الألكسيزيميا المصور للطفل

م		١	٢	٣	٤	٥
١	صعوبة وصف المشاعروالتعبير عنها	-				
٢	صعوبة تحديدالمشاعروالتمييزبينها	٠.٧٥٣	-			
٣	صعوبة التخيل	٠.٨٠١	٠.٧٦٨	-		
٤	التفكيرالموجه من الخارج	٠.٧٦٤	٠.٧٨٤	٠.٧٨٨	-	
٥	الدرجة الكلية	٠.٨٢٤	٠.٧٩٤	٠.٧٦٤	٠.٨٠٤	-

يتضح من جدول (١٢) أن قيم معاملات الارتباط بين الأبعاد بعضها البعض وبينها وبين الدرجة الكلية لمقياس الألكسيزيميا المصورللطفل قيم دالة إحصائياً مما يدل علي صدق المقياس.

الإتساق الداخلي:

تم حساب الاتساق الداخلى لمقياس الالكسيزيميامن خلال حساب معاملات الارتباط معامل ارتباط بيرسون بين درجة مواقف المقياس والدرجة الكلية للمحور الذى ينتمى إليه الموقف ويوضحها جدول (٩).

وللتأكد من صدق محاور الاستبيان. قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجات كل محور والدرجة الكلية للاستبيان والذى يوضحه الجدول التالى:

جدول (١٣)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة المحور الذى تنتمي إليه العبارة لمقياس الألكسيزيمياالمصور لطفل الروضة

مقياس الألكسيزيميا المصور للطفل							
وصف المشاعر والتعبير عنها		تحديد المشاعر والتعبير عنها		صعوبة التخيل		التفكير الموجه من الخارج	
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	٠.٤٣٧	١١	٠.٥٣١	٢١	٠.٦٣٧	٣١	٠.٦٩٤
٢	٠.٧٣٩	١٢	٠.٥٤٩	٢٢	٠.٧٢٣	٣٢	٠.٧٠٦
٣	٠.٥٨٩	١٣	٠.٦٣٢	٢٣	٠.٦٤١	٣٣	٠.٦٦٧
٤	٠.٥٠٧	١٤	٠.٧٣٥	٢٤	٠.٦٤١	٣٤	٠.٦٨١
٥	٠.٦٩٤	١٥	٠.٦٣٩	٢٥	٠.٧٥١	٣٥	٠.٧٠٢
٦	٠.٥٨١	١٦	٠.٦٩٨	٢٦	٠.٦٩٣	٣٦	٠.٧٣١
٧	٠.٦٠٧	١٧	٠.٥٥٥	٢٧	٠.٧٣٣	٣٧	٠.٧٢٧
٨	٠.٦٤١	١٨	٠.٧٤٣	٢٨	٠.٧١٥	٣٨	٠.٦٩٤
٩	٠.٦٠٥	١٩	٠.٦٦٧	٢٩	٠.٧١٦	٣٩	٠.٦٦٩
١٠	٠.٥٠٤	٢٠	٠.٥٣٩	٣٠	٠.٧٢٢	٤٠	٠.٦٦٢
معاملات الارتباط بين درجة كل محور والدرجة الكلية للمقيس							
٠.٧٠٩		٠.٧٢٨		٠.٦٨٧		٠.٧١١	

قيمة معامل الارتباط الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠١) =٠.٣٦١

يتضح من جدول (١٣) أن قيم معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة ومجموع درجات البعد الذي تنتمي إليه دالة عند مستوي (٠.٠١) مما يدل علي أن هناك اتساقاً داخليا بين درجات مفردات البعد والمجموع الكلي لدرجات البعد الذي تنتمي إليه المفردة.

كما تم التأكد من صدق المقياس بحساب معامل الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس ويوضحه جدول (١٤)

جدول (١٤)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لدرجات مقياس الألكسيزيميا المصور لطفل الروضة

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	٠.٦٩٥	١١	٠.٧٠٢	٢١	٠.٦٨٤	٣١	٠.٧٤٨
٢	٠.٧٧٧	١٢	٠.٧٨٨	٢٢	٠.٧٢٩	٣٢	٠.٧٢٩
٣	٠.٧١٩	١٣	٠.٦٥٢	٢٣	٠.٦٧٦	٣٣	٠.٦٤٢
٤	٠.٧٩٩	١٤	٠.٦٩٤	٢٤	٠.٦٦٦	٣٤	٠.٦٨٤
٥	٠.٦٧٨	١٥	٠.٦٣٣	٢٥	٠.٦٢٥	٣٥	٠.٧٠٩
٦	٠.٦٨٦	١٦	٠.٧٩٧	٢٦	٠.٧٤٢	٣٦	٠.٧١٨
٧	٠.٧٢٧	١٧	٠.٦٧٧	٢٧	٠.٦٤٠	٣٧	٠.٦٩٧
٨	٠.٦٩٤	١٨	٠.٧٧١	٢٨	٠.٧٩٦	٣٨	٠.٦٨٨
٩	٠.٦٢٧	١٩	٠.٦٦٣	٢٩	٠.٧٥٣	٣٩	٠.٧١٥
١٠	٠.٦٧٦	٢٠	٠.٦٤٩	٣٠	٠.٧٤٤	٤٠	٠.٧١٥

قيمة معامل الارتباط الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠١) =٠.٣٦١

يتضح من جدول (١٤) أن قيم معاملات الارتباط قيم دالة إحصائياً عند (٠.٠١)، وهذا يدل علي أن مقياس الالكسيزيميا المصورللطفل يتمتع بدرجة عالية من الصدق، وأن جميع مفردات المقياس ترتبط بالدرجة الكلية للمقياس مما يدل علي أن هناك اتساقاً داخلياً للمقياس.

وتم حساب النسبة المئوية لإتفاق المحكمين على مواقف المقياس، للتعرف على ملاءمة مواقف المقياس لقياس المحاور التى وضعت لقياسها، ووضوح لغة العبارات، وملائمة الصورة للموقف ووضوحها، ووضوح التعليمات، وملاءمة نظام تقدير الدرجات، وملاءمة المقياس لمرحلة الروضة، وصلاحية المقياس للتطبيق. وبناء على ذلك لم تحذف أى من المفردات حيث أن كل المفردات قد حصلت على نسبة (٨٠%-١٠٠%) ملحق (ى)، وبهذا يتحقق للمقياس صدق المحتوي.

طرق حساب صدق وثبات مقياس الألكسيزيميا اللفظي:

- **الصدق:**

ويقصد به قدرة المقياس على قياس ماوضع من اجله، وهناك العديد من الطرق التى يمكن بها قياس صدق المقياس، وقد استخدمت الباحثة في حساب صدق المقياس هذه الطرق.

طريقة إعادة المقياس:

قامت الباحثة بحساب الثبات بطريقة إعادة المقياس على عينة عشوائية قوامها (٥٠) طفلاً وطفلة من الأطفال الروضة، تم التأكد من ثبات عبارات المقياس ومحاوره والمقياس ككل بطريقة الفا لكرونباك ويوضحه جدول (١٥).

جدول (١٥)

معاملات الثبات لمفردات مقياس الألكسيزيميا المصور لطفل الروضة

وصف المشاعر والتعبير عنها		تحديد المشاعر والتعبير عنها		صعوبة التخيل		التفكير الموجه من الخارج	
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	٠.٨٦٣	١١	٠.٨١٤	٢١	٠.٨٢٤	٣١	٠.٨١٥
٢	٠.٨٤٤	١٢	٠.٨٤٠	٢٢	٠.٨٢٦	٣٢	٠.٨١٣
٣	٠.٨٧١	١٣	٠.٨٥٤	٢٣	٠.٨٣٥	٣٣	٠.٨١٠
٤	٠.٨٣٢	١٤	٠.٨١٥	٢٤	٠.٨٤٢	٣٤	٠.٨٠٩
٥	٠.٨٤٦	١٥	٠.٨٢٣	٢٥	٠.٧٩٤	٣٥	٠.٨٠٦
٦	٠.٨٣٩	١٦	٠.٨٣٧	٢٦	٠.٨٢٤	٣٦	٠.٨٠٩
٧	٠.٨٤٠	١٧	٠.٨١٦	٢٧	٠.٨٤٦	٣٧	٠.٨٠٩
٨	٠.٨١٩	١٨	٠.٨٤٤	٢٨	٠.٨٣٧	٣٨	٠.٨١٥
٩	٠.٨٣٠	١٩	٠.٧٩٨	٢٩	٠.٨٠٤	٣٩	٠.٧٩٨
١٠	٠.٨٣٣	٢٠	٠.٨٤٦	٣٠	٠.٨١٠	٤٠	٠.٨٠٩
معاملات ثبات محاور المقياس بدون حذف المفردة							
٠.٨٧٨		٠.٨٥٩		٠.٨٥٦		٠.٨١٨	

يتضح من جدول (١٥) أن قيم معاملات ثبات العبارات أقل من معامل ثبات المحور الذي تنتمي إليه المفردة، أي أن جميع العبارات ثابتة، حيث أن تدخل المفردة لايؤدي إلي خفض معامل الثبات الكلي للمحور الذي تنتمي غليه العبارة، وقد بلغ معامل الثبات الكلي لمحاور المقياس علي التوالي (٠.٨٧٨- ٠.٨٥٩- ٠.٨٥٦- ٠.٨١٨) وهي معاملات ثبات مرتفعة أيضا مما يدل علي الثبات، وقد بلغ معامل الثبات الكلي (٠.٨٩٤) ومن الإجراءات السابقة تأكدت الباحثة من صدق وثبات المقياس وصلاحيته لقياس مقياس الألكسيزيميا لدي أطفال الروضة والمقياس في صورتها النهائية يتكون من (٦٠) عبارة كما هو موضح بملحق رقم (٣) يجاب عنها بإحدي الإجابات الثلاثة

(منخفضة- متوسطة- مرتفعة)، حيث تأخذ الإجابات الثلاثة السابقة الدرجات (٣- ٢- ١) علي الترتيب حيث تشير الدرجة العالية في كل محور إلي وجود الألكسيزيميا، والدرجة المنخفضة إلي عدم وجود الألكسيزيميا، والدرجة المنخفضة إلي عدم وجود الألكسيزيميا.

٥-البرنامج التدريبي لخفض حدة الألكسيزيميالدي طفل الروضة ذوي صعوبات التعلم: (إعداد الباحثة)

- نوع البرنامج:

إعتمدت هذه الدراسةعلي العلاج السوكي ويعزي ذلك لأن إستراتيجياته التي سجلت نجاحا ملموسا في تعليم الأطفال ذوي صعوبات التعلم، ويعرف العلاج السلوكي بأنه أسلوب علاجى يستخدم مبادىء وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج النفسى، ويعتبر محاولة لحل المشكلات السلوكية بأسرع مايمكن وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضى المتمثل في الأعراض وتنمية السلوك الإرادى السوى لدى الفرد (حامد زهران، ١٩٩٧، ٢٣٧).

يعرف أيضا بأنه شكل من أشكال العلاج النفسى يعتمد على نظريات التعلم، ويفترض هذا الأسلوب في العلاج أن الأعراض المرضية هى نتيجة تعلم خاطىء تم عن طريق الاشراط، ويمكن إزالة هذه الأعراض عن طريق الاشراط أيضا، أو بمعنى اخر عن طريق تعديل السلوك المرضى وتنمية السلوك السوى لدى الطفل (فاروق الروسان، ١٩٩٤، ٢١٨).

حيث أن العلاج السلوكى يمكن أن يقدم لعدد محدد من الأطفال في وقت واحد دون تحقيق أهداف جماعية، وعادة ما يختلف أسلوب العمل باختلاف المعالجين واختلاف نظرياتهم ومناهجهم ومذاهبهم العملية (كامليا عبد الفتاح، ١٩٩١، ٥- ٦).

فالعلاج السلوكى أسلوب علاجي يعتمد علي إستخدام قوانين ونظريات التعلم الشرطي حيث أن محاولة حل مشكلات وإضطرابات السلوك عن طريق تعديل السوك المرضي للمريض والمرض النفسي من وجهة نظر المدرسة السوكية ماهو إلا تجمعات لعادات وسلوك خاطئ مكتسب من البيئة المريضة التي يعيش فيها المريض، حيث أن هذا السلوك المرضي قد إكتسبه المريض وليس أصلا فيه؟ فإنه من الميسور محو هذا السلوك الخاطئ، وتعلم السلوك السوي من جديد (أبوزيد الشويقى، ٨٧، ١٩٩٠).

وتعرفه الباحثة إجرائيا بأنه: "بأنه عملية تتضمن استخدام مجموعة من الفنيات والأساليب والإجراءات، بهدف زيادة معدل ممارسة الفرد لسلوك مرغوب فيه أو تدعيم هذا السلوك، أو تعليمه سلوكا جديدا أو خفض معدل ممارسته لسلوك غير مرغوب فيه".

لذلك يعد العلاج السلوكى ضرورة حتمية لكل المشاكل التى تواجه الأفراد ذوى الاضطرابات أو المشاكل السلوكية، والعلاج السلوكى كحل يمكنه أن يتغلب على الطبيعة البشرية، وبذلك تكون الاضطرابات النفسية مثل الشعور بالأحباط أو العجز تمثل الخيار الأول لاستخدام للعلاج السلوكى، أما الاختيار الثانى فيتحدد في القلق والاكتئاب والحالات الشاذه، والتى يمكننا العلاج السلوكى من تعديلها (Ellis, 2004, 270).

عرف حسن شحاته وزينب النجار (٢٠٠٣، ٧٧) البرنامج التدريبي بأنه" نوع من أنواع التدريب يهدف إلى إعداد الأفراد وتدريبهم في مجال معين وتطوير معارفهم واتجاهاتهم، بما يتفق مع خبراتهم التعليمية ونموهم وحاجاتهم لتنمية مهارة ما".

ويعرف البرنامج التدريبي إجرائياً على أنه"مجموعة من الأنشطة التدريبية صممت في ضوء أسس علمية وتربوية/ تقدم للطفل في مرحلة رياض الأطفال، والتى تعمل على تزويده بالخبرات والمعلومات والمفاهيم والاتجاهات، بهدف مساعدته في خفض حدة الألكسيزيميا من خلال استخدام فنيات العلاج السلوكي.

- خطوات بناء البرنامج:

بناءً على الأساس النظري والاطلاع على البرامج، ونتائج الدراسات المرتبطة بموضوع البحث، تم التوصل إلى بناء برنامج العلاج السلوكي الحالي بهدف خفض حدة الألكسيزيميا لدى الأطفال في مرحلة الروضة/ وسارت إجراءات بناء البرنامج وفقاً للخطوات التالية:

١- الأساس النظرى لبناء البرنامج التدريبي.

٢- أسس بناء وتطبيق البرنامج التدريبي.

٣- تحديد الهدف العام للبرنامج التدريبي، والأهداف الفرعية تحديداً إجرائياً.

٤- تحديد محتوى البرنامج التدريبي.

٥- الإستراتيجيات والفنيات المستخدمة في البرنامج التدريبي.

٦- تحديدالوسائل والأدوات المستخدمة في البرنامج التدريبي.

٧- أساليب التقويم والتقييم في البرنامج التدريبي.

[١] الأساس النظرى لبناء البرنامج:

إعتمدت الباحثة في بناءمحتوي البرنامج القائم علي"العلاج السلوكي" علي العديد من الدراسات والبحوث التي أوضحت معاناة الأطفال ذوي صعوبات التعلم من ارتفاع الألكسيزيميا، ومرالبرنامج

القائم علي العلاج السلوكي بعددمن الخطوات التي سبقت ظهوره بالصورة النهائية التي تم تطبيقه بها وتتمثل هذه الخطوات في:

١- الإطار النظري للدراسة، والذي يلقي الضوء علي كلا من: صعوبات التعلم والألكسيزيميا، العلاج السلوكي مع مراعاة مرحلة الروضة (٤- ٦) سنوات التي يمر بها أفرادالعينة.

٢- الإطلاع علي بعض المراجع التي تناولت أهم الإستراتيجيات في تدريب وتعليم وتربية ذوي صعوبات التعلم.

٣- الإطلاع علي بعض الدراسات السابقة التي تناولت أهمية البرامج المقدمة للأطفال ذوي صعوبات التعلم.

٤- العمل مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم من خلال عملي كمعلمة روضة بخبرة أكثر من أربع سنوات، فمن خلال احتكاكي بالأطفال تبين وجود سمات الألكسيزيميا لديهم.

٥- مراعاة البرامج الخصائص الفردية والقدرات الخاصة، وسرعة التعلم لدى المتعلمين، وكذلك أساليبهم في التعلم.

٦- بعض الدراسات والبحوث والبرامج التي تم إعدادهافي إطار دراسات وبحوث سابقة، بهدف خفض حدة الألكسيزيميا، وكذلك علاج صعوبات التعلم، ومن هذه البرامج:

أ- برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تنمية الإنفعالات والعواطف لدي الأطفال المصابين بالتوحدية وأبائهم، لنادية عبد القادر (٢٠٠٢).

ب- برنامج تنمية أساليب المواجهة لخفض الأعراض الإكلينيكية المصاحبة للألكسيزيميا لدي عينة من الأطفال ذوي الأعراض الذاتوية، لمسعد نجاح الرفاعي أبوالديار (٢٠١١).

ج- البرنامج الإرشادي في تحسين نقص التعبير عن المشاعر (الألكسيزيميا) لدي عينة من ذوي إضطرابات الأكل، لعفاف إبراهيم بركات (٢٠١٢).

حيث مرالبرنامج بعدة مراحل وهي:

١- وضع الصورة الأولية للبرنامج (المهام، الأهداف، الأنشطة، الألعاب)، وتم عرضهاعلي مجموعة من المحكمين المتخصصين في مجال التربية وعلم النفس والصحة النفسية وذلك للإستفادة من توجهاتهم في إجراءالتعديلات اللازمة التي تساعدعلي تحقيق الهدف من البرنامج، وقد إستفادت الباحثة في إجراء التعديلات اللازمة التي تساعدعلي تحقيق الهدف من البرنامج، وقد إستفادت الباحثة من توجيهات السادة المحكمين وقامت بإجراءالتعديلات اللازمة وفقا لمقترحاتهم ومنهاحذف وإضافة بعض الأنشطة والفنيات.

٢- الإطلاع علي البرامج التي إهتمت بالأطفال ذوي صعوبات التعلم وخفض حدة الألكسيزيميا.

٣- بعدإتمام التعديل أصبح البرنامج معد للتطبيق علي عينة الدراسة وأصبح في صورتة النهائية.

[٢] أسس بناء وتطبيق البرنامج التدريبي:

يقوم البرنامج الحالي علي مجموعة من الأسس والمباديء العامة للاطفال ذوي صعوبات التعلم ومن أهم هذه الأسس مايلي:

- مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال ذوي صعوبات التعلم.
- مراعاة خصائص الأطفال ذوي صعوبات التعلم.
- مراعاة خصائص المرحلة العمرية لعينة الدراسة (أطفال الروضة٤- ٦سنوات).
- مراعاة أبعاد الألكسيزيميا التي تم عرضها في الإطار النظري.
- إستخدام فنيات تعديل سلوك مناسبة للأطفال.
- التنوع في الأنشطة المستخدمة بحيث تحقق الأهداف المرادتحقيقها.
- إستخدام وسائل جذابة وشيقة للأطفال ذوي صعوبات التعلم.
- التخطيط الجيد والمسبق لكل جلسة قبل البدء في تطبيقها.
- التنوع في إستخدام أساليب التعزيز المناسبة للأطفال عندما يستطيعون التعبيرعن مشاعرهم.
- مراعاة أن يكون الهدف قابل للملاحظة والقياس والتطبيق بالوسائل المتاحة.
- أن تتصف الأهداف بالفعالية أي يمكن تنفيذها وتطبيقها بسهولة.
- أن تتناسب الجلسات مع ميول الأطفال، وتتلائم مع المشكلات التي يمكن أن يتعرضوا لها.
- أن تكون المشكلات التي تقدم للأطفال فرصة للتنفيس عن مشاعرهم تجاه المشكلات الحياتية التي يعيشونها.
- أن تحقق التعاون بين الأطفال المشاركين بعضهم البعض وتقوي العلاقة بينهم.

[٣] الهدف العام للبرنامج التدريبي:

يتمثل الهدف العام للبرنامج الحالي في:

- خفض مستوي الألكسيزيميا لدي الأطفال ذوي الصعوبات في التعلم وذلك من خلال استخدام بعض فنيات العلاج السلوكي المستمدة من النظرية السلوكية، حيث يتم تحقيق الهدف العام من خلال بعض الأهداف الإجرائية وقد تم تحديدها بناء على الإطار النظري ونتائج الدراسات السابقة التي تم عرضها في هذا البحث، وتتضمن مايلي:

الأهداف الفرعية:

- تدريب الطفل على التعبير والتواصل مع الآخرين.
- تنمية قدرة الطفل علي وصف مشاعره للأخرين.
- تنمية قدرة الطفل علي فهم مشاعره الذاتية وأسبابها.
- تنمية قدرة الطفل علي التعبيرعن مشاعره للأخرين.
- تنمية قدرة الطفل علي التواصل الفعال مع الأخرين.
- تنمية قدرة الطفل علي التعرف علي مشاعر الأخرين.
- تنمية قدرة الطفل علي التمييز بين الإنفعالات والأحاسيس الجسدية المصاحبه لها.
- تنمية قدرة الطفل علي اللعب الإيهامي.
- تنمية قدرة الطفل علي التخيل المرتبط بالمستقبل.
- تنمية قدرة الطفل علي التعاون مع الاخرين.
- تنمية قدرة الطفل علي قيادة الأخرين.
- تنمية قدرة الطفل علي حل المشكلات اليومية البسيطة.
- تنمية قدرة الطفل علي الاعتماد على النفس في إتخاذالقرار.
- تنمية قدرة الطفل علي طلب المساعدة من الأخرين عندمواجهة المشكلات.
- تنمية قدرة الطفل علي تكوين علاقات إجتماعية جيدة.
- تنمية قدرة الطفل علي التنفيس عن إنفعالاته بطريقة مناسبة.
- تنمية قدرة الطفل علي التعبير عن رأيه بطريقة مناسبة.
- تنمية قدرة الطفل علي إدراك المناسبات الإجتماعية والإشتراك فيها.
- تنمية قدرة الطفل علي تحمل مسئولية أفعاله.
- تنمية قدرة الطفل علي قول عبارات (الإعتذار – الإستئذان– الشكر – الإمتنان– الإحترام).
- تنمية قدرة الطفل علي إظهارالإنفعالات والتعبيرات الوجهية المناسبة للموقف.
- تنمية قدرة الطفل علي التحدث أمام الأخرين.
- التعبير اللفظي عما في نفسه من مشاعر وأفكار وخيال.
- إتباع التعليمات المختلفة وتنفيذ بعض الأوامر.
- تنمية قدرة الطفل على الحوار والمناقشة وإبداء الرأي.

- تمييز الإنفعالات المختلفة وتقليدها (فرح- حزن- قلق- خوف- استغاثة).
- التعبير بالرسم عن مشاعره وانطباعاته التي يتذكرها بعد مرور الموقف.
- ممارسة عملية البيع والشراء لتحمل المسئولية.
- التعرف علي الأعياد الدينية والاجتماعية، والوطنية، وتدريبه على كيفية الاحتفال بها بطريقة صحيحة وتذكر تقديم بعض الهدايا والمساعدات لمن يستحق، وذكر بعض عبارات التهنئة للآخرين.

[٤] محتوي البرنامج التدريبي:

راعت الباحثة عند تحديد محتوي البرنامج أن يكون متناسباً مع الاهداف وقابلًا للتقويم ومتنوعا حتى لايشعر الطفل بالملل ويستطيع الطفل القيام بالأنشطة بسهولة مما يؤدى إلي خفض حدة الألكسيزيميا لديه. وتكون البرنامج من (١٠٥) جلسة مختلفة، تهدف جميعها الى خفض حدة الألكسيزيميا لدي أطفال الروضة عينة البحث الحالى، حيث أن البرنامج من ثلاث مراحل أساسية تضم كل مرحلة عددمن الجلسات وتعمل علي تحقيق أهداف معينة تسهم في تحقيق الهدف العام للبرنامج، حيث مرالبرنامج بعدة مراحل متتالية؟فكانت كل مرحلة تمهدللمرحلة التالية.

ولذلك فقد تم تقسيم البرنامج لعدة مراحل:

المرحلة الأولي: التهيئة:

ويتم خلالها تهيئة الأطفال لتقبل الباحثة وخلق جو من الودوالألفة بينهاوبين الأطفال والقيام ببعض الأنشطة والألعاب وتحقيق التعارف علي الأطفال بالإضافة للتطبيق القبلي لكلا من مقياس الألكسيزيما اللفظي ل (لأمهات ومعلمات) الأطفال، والمصورالخاص بالطفل.

المرحلة الثانية: مرحلة بدءالتدريب الفعلي للبرنامج:

يتم خلالها تدريب الأطفال علي" وصف المشاعر والتعبير عنها"،" تحديد المشاعر والتمييز بينها"،" التخيل المرتبط بالمشاعر"،"التفكير الموجه من الداخل".حيث تم تطبيق برنامج العلاج السلوكي علي الأطفال ذوي صعوبات التعلم"عينة الدراسة"علي مدي (١٠٥) جلسة بواقع (٥- ٤) مقابلات إسبوعيا تتمثل في (٩- ١٠) جلسات إسبوعيا، مدة كل جلسة (٣٠- ٤٥) دقيقة.وذلك للتأكدمن إتمام كل بعد قبل الإنتقال للبعدالتالي.

المرحلة الثالثة: التأكيدعلي التدريب:

يتم خلالها تنويع الأنشطة للتأكد من إتمام البعد وإستيعاب وفهم ماتم التدريب عليه.

[٥] الإستراتيجيات والفنيات المستخدمة في البرنامج التدريبي:

قامت الباحثة بالإطلاع والبحث عن الاستراتيجيات التى من الممكن أن تساعد في تحقيق الهدف العام الذى يسعى البرنامج لتحقيقه حيث استخدمت الباحثة استراتيجيات وفنيات تعديل السلوك وذلك لخفض حدة الألكسيزيميا للأطفال ذوى صعوبات التعلم من خلال برنامج العلاج السوكي وتتمثل فى:

أ- فنية التعزيزالإيجابيpositive Reinforcement:

تشير هذه الفنية إلي أي فعل أوقول يرتبط تقديمه للفردبزيادة في أداء السلوك المرغوب فيه، والهدف من إستخدام هذه الفنية هو حث المشاركين ودفعهم للإتيان بالسلوك المرغوب فيه، وتلاشي أي خطأفي أداء الأدوار أوعكسها، حيث إن عبارات التشجيع تحفزالفردعلي إجادة السلوك وممارسته بإستمرار (أمال الفقي، ٢٠٠١، ١٥٠).

ب- النمذجةModelling:

يري بيك أن الفرد يمتلك ميولا فطرية وميولا مكتسبة لتقليدالأخرين ونمذجة نفسه مثلهم سواء في معتقداتهم، أوإنفعالاتهم، أوسلوكهم، ويتمخض عن ذلك اضطرابه انفعاليا بالتدريج سواء بالنمذجة الشعورية أواللاشعورية، ويكون لدية الوعي السليم بما يقلدحتي يمكنه التغلب علي اضطراباته الإنفعالية، ويقصد بها تعلم وإكتساب سلوك الوعي السليم بما يقلد حتي يمكنه التغلب علي اضطراباته الإنفعالية، ويقصد بها تعلم واكتساب سلوك معين من خلال ملاحظة شخص يؤدية، ويتوقف نجاح هذه الفنية علي مجموعة من الشروط وهي:

إثارةالإنتباة لملاحظة النموذج المعروض، شرح الخطوات السلوكية أثناءالأداء، وتأدية النموذج لمواقف فعلية لجذب إهتمام الفردبهاوحثه علي متابعتهاوتقليدها (عبدالستارإبراهيم وأخرون ١٩٩٣، ١٠٦).

ج- لعب الدورRole Playing:

يعد لعب الدورمن الأساليب التي تساعدعلي إحداث تغييرات فكرية وسلوكية إيجابية، ويرجع هذاالتغييرإلي معرفة الموقف الذي أدي إلي القيام بالدور (أشرف عبدالقادر، ٢٠٠١، ٥٨).

فيه يقوم المرشدبتعليم العميل القيام بالدور، ويقوم بتحليل لمشاعره، وسلوكة المختل وظيفيا، من خلال التحليل المعرفي، وهو يشمل بروفة سلوكية أسبه ما تكون بالنمذجة (فكري عسكر، ٢٠٠٣، ٢٨)

د- الواجبات المنزلية:

يطلب المعلم خلاله من أفراد أسرته المهام التي يقومون بها بين الجلسات، حيث يمكن أن يكون الوالد راشدا إذا كان قادرا علي تفهم مشكلة طفله ومفهما لطبيعته وخصائص المرحلة العمرية التي يمر بها، كما تعمل الواجبات المنزلية علي إعادة بناء مسارات الأسرة وتعيد مسافات الود بين الأفراد (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٤، ٤٣٥).

قد إستفادت الباحثة من أسلوب الواجب المنزلي في التأكدمن إنتقال أثر التعلم الذي أحدثه البرنامج والمتمثل في قدرته علي التعبير ووصف المشاعر، وهو أحدالوسائل الأساسية في التقييم الذاتي الذي يشعر به الفردعندأدائه له.

هـ- التلقين:

هو إجراءمؤقت يشتمل علي الإستخدام المؤقت لمثيرات تمييزية إضافية بهدف زيادة إحتمالية تأدية الفرد للسلوك المستهدف، ونقول مثيرات تمييزية من أجل تمييزهاعن المثيرات الموجودة أساسا في البيئة، فالمثيرات المساندة لاتصاحب السلوك عادة، وإنما يزودها للشخص شخص أخر لغاية معينة، وبمعني أخر التلقين هو حث الفرد علي أن يسلك سلوكا معينا والتلميح له بأنه سيعزز علي ذلك السلوك.

أنواع التلقين:

١- **التلقين اللفظي:** وهوببساطة تعليمات لفظية فقول المعلمة للطفل قلدني في الإنفعال، وقكذلك قول شكرا لمن يقدم لنا شيء.

٢- **التلقين الإيمائي:** تلقين بالإشارة أوالنظر لإتجاه معين مثل"وضع الإصبع علي الفمّ إيماء بالسكوت"

٣- **التلقين الجسدي:** يقوم علي لمس الأخرين جسديابهدف مساعدتهم علي تأدية سلوك معين ومن ذلك الأب الذي يمسك إبنه ويقول له إمسك القلم هكذا، ضع إصبعك هنا (محمد الشناوي، ومحمدعبدالرحمن، ١٩٩٨؛ جمال الخطيب، ٢٠٠١؛ حواشين، ٢٠٠٢).

و- التغذيه الراجعة:

تعد التعذية الراجعة بمثابة المعلومات التى تمد الفرد بالمعرفة عن نتائج أدائه كما أنها فعالة في العديد من التطبيقات خاصة اذا ما قورنت بتدعيمات أخرى من قبيل المدح أو الحلويات أو غيرها ولكنها أقل فاعلية اذاقدمت بدون هذه التدعيمات (فاروق الروسان، ٢٠٠٠).

[٦] الوسائل والأدوات المستخدمة في البرنامج التدريبي:

يتضمن البرنامج مجموعة من الإجراءات المنظمة القائمة علي نظرية العلاج السلوكي والتي تشتمل علي الأنشطة والألعاب والخبرات المنظمة والمخططة مثل: (قصص مصورة، عرائس قفازية، كروت مصورة، لوحة الإنفعالات، كروت انفعالات مختلفة، بيض بلاستيك ملون، كورملون، ادوات وسيقية، سلات، مرايا صغيرة للأطفال، علب وأكياس توابل مختلفة وروائح عطرية، وجوة متحركة، اوراق عمل مقصات، ورق ملون، ماسكات، أقلام ملونة، غطيان زجاجات، عرائس مجسمة ولدوبنت، مجسمات حيوانات وطيور وزواحف وحشرات، فواكه مجسمة ومصورة، مجموعة من الصور تعبر عن مشاهد مختلفة، مجموعة صور لترتيب الأحداث، مجموعة صورماذا ستفعل لو، مجموعة صورمجموعة أدوات التنظيف ومنظفات وسوائل، سرايرللعرائس، عرائس عصا، تسجيلات أصوات مزعجة، ميزان، تليفونات بلاستيكية، بازل وماكيت المرور، مشاهد اختلافات، فوم لاصق، كورصوف ملونة، ماسكات بكار وحسونة، مشاهد، قصص مجسمة، فازلين، اكواب، ملاعق، تجربة الانبات، الوان مائية وفرش وبالتات، أدوات المهن، سودكو المشاعر، السلم والثعبان، كروت سلوكيات، سلات للمكتبة، مشاهد مطبوعة وملونة. لوحات اختلافات، وقدتم تصميم هذاالبرنامج في إطارمجموعة من المباديء والأسس التي ترتكزعليها برامج الاطفال ذوي صعوبات التعلم، حيث تراعي الباحثة تقديم أنشطة مألوفة محببة لهم وأن يكون لها بدايات مشوقة وممتعة ونهايات واضحة ومحددة، وأن يتم تقديم التعزيز والتدعيم اللازم في وقته المناسب، وأن يتم تصحيح ونهايات واضحة ومحددة وأن يتم تقويم التعزيزوالتدعيم المناسب في وقته المناسب، وأن يتم تصحيح الأخطاء في وقتها المناسب أيضادون تأخيروتقديم المساعدة للطفل لإجتياز المهمة المستهدفة ويتم تصحيح الأخطاءفي وقتها المناسب أيضا دون تأخيروتقديم المساعدة للطفل لإجتياز المهمة المستهدفة ويتم التدرج في تقديم الأنشطة من السهل إلي الصعب مع مراعاة الفروق بين الأطفال.

[٧] أساليب التقويم والتقييم في البرنامج التدريبي:

يتضمن مفهوم التقويم عملية إصدار الحكم على قيمة الأشياء أو الأشخاص أو الموضوعات، كما يتضمن أيضاً معنى التحسين أو التعديل أو التطوير الذي يعتمد على هذه الأحكام (فؤاد أبو حطب وامال صادق، ١٩٨٠، ٩).

حيث يعتبرالتقويم والتقييم الهدف الرئيسي للبرنامج للتعرف علي مدي فعاليتة في خفض حدة الألكسيزيميا لدي عينة الدراسة من الأطفال ذوي صعوبات التعلم، وقدتم تقييم البرنامج عبرالقياسات التالية:

١- القياس القبلي: يطبق فيه مقياسي الألكسيزيميا (اللفظي، والمصور) لدي عينة الدراسة وذلك قبل تدريبهم علي جلسات البرنامج.

٢- القياس البعدي: يطبق فيه مقياسي الألكسيزيميا (اللفظي، والمصور) لدي عينة الدراسة وذلك بعدتدريب عينة الدراسة علي جلسات البرنامج والإنتهاءمنه وتسجل الفروق إن وجدت.

٣- القياس التتبعي: يجري التطبيق التتبعي بعدإنقضاءشهرثم يتم تطبيق مقياسي الألكسيزيميا (اللفظي، والمصور) علي عينة الدراسة.

٤- من خلال التطبيقات التربوية التي طلبت الباحثة من الأطفال القيام بها.

٥- ملاحظة سلوك الأطفال أثناء الجلسة بهدف التعرف على نقاط الضعف ومحاولة علاجها.

٦- الحوار والمناقشة بين الباحثة والأطفال.

٧- تم عمل تقويم مرحلي عقب كل جلسة.

[٨] تحكيم البرنامج التدريبى:

تم عرض البرنامج التدريبى بعد إعداده وقبل البدء في تنفيذه على مجموعة من السادة المحكمين المتخصصين في مجالى التربية وعلم النفس والصحة النفسية من أجل التعرف على مناطق القوة واستثمارها، ومعالجة مناطق الضعف، وإضافة ما قد يرونه من أفكار تفيد البرنامج التدريبى.

وذلك من خلال بطاقة تقييم للبرنامج التدريبى والتى تهدف الى التعرف على، وضوح أهداف الجلسات التدريبة، تحقيق الأهداف السلوكية للتوقعات المطلوبة من الأطفال المشتركين في نهاية البرنامج التدريبى، إستراتيجيات المستخدمة لتحقيق الأهداف، فعالية الجلسات المستخدمة وقدرتها على خفض حدة الألكسيزيميا، وقد أفاد السادة المحكمون بملاءمة البرنامج التدريبى وصلاحيته للتطبيق؛ حيث تراوحت نسبة إتفاق السادة المحكمين ما بين (٨٠%- ١٠٠%) وهي نسبة مقبولة للتأكد من صلاحية البرنامج التدريبى.

[٩] إجراءات تنفيذ البرنامج التدريبى:

- تم أخذ موافقة إدارة الكلية على إجراء التطبيق الميدانى للبحث في مركزالتدخل للطفولة المبكرة، جمعية التواصل لذوي الإحتياجات الخاصة ملحق (٧).
- وبعد إختيار العينة وفقا للشروط سالفة الذكر، تم اشتقاق عينة البحث من مركزالتدخل للطفولة المبكرة، وجمعية التواصل لذوي الإحتياجات الخاصة.

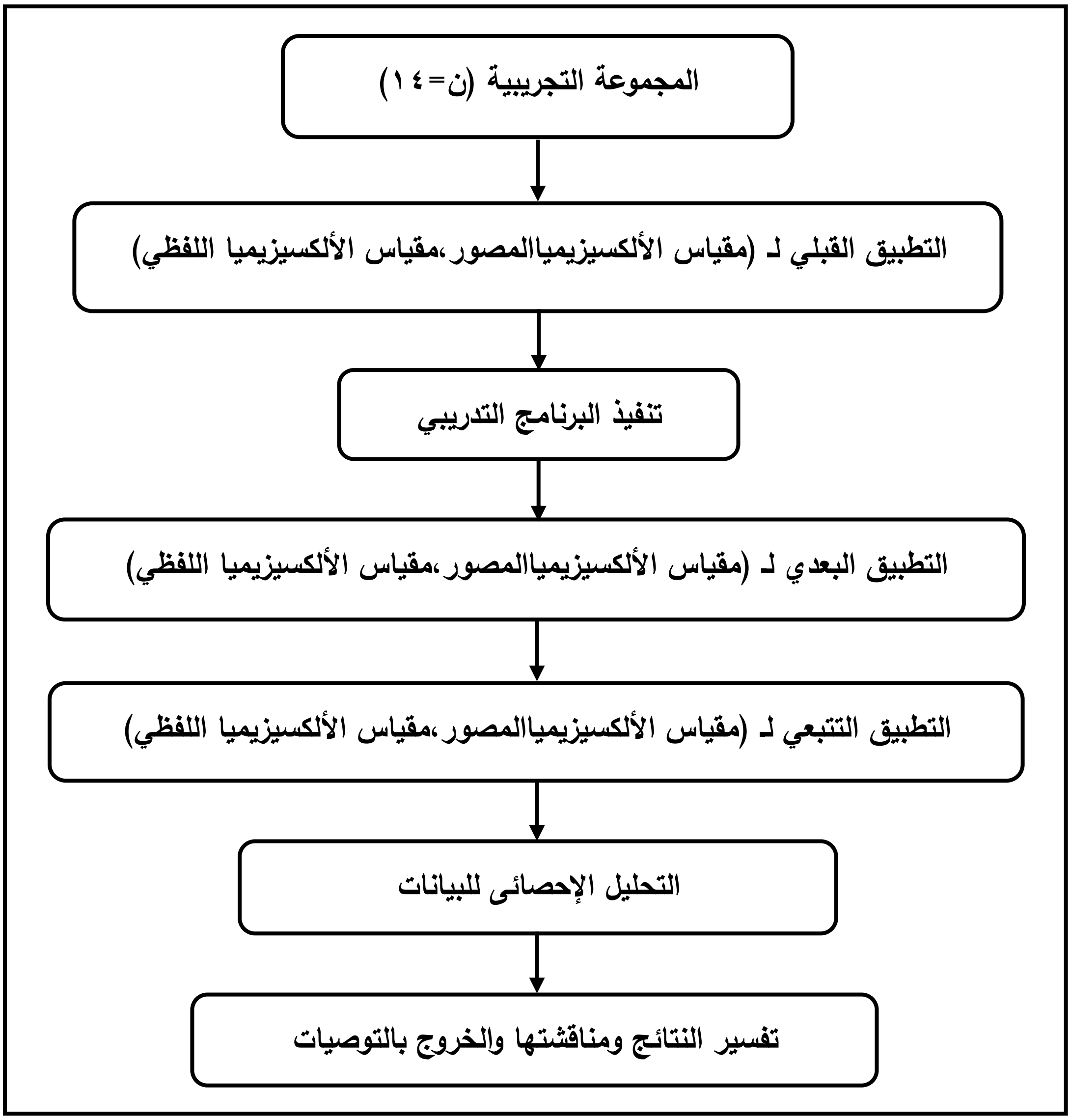
- تم التأكد من ضبط المتغيرات التي يمكن أن تؤثرعلى نتائج البحث (الذكاء– العمر الزمني)، وكان الأطفال من بيئة واحدة وذوى مستوى اجتماعي واقتصادي متوسط، كماتم التجانس في المتغيرات التابعة (الألكسيزيميا).
- تم تطبيق المقاييس علي الأطفال، ثم قامت الباحثة بتصحيح المقاييس ورصد درجات الأطفال عليهم.
- قامت الباحثة بتطبيق البرنامج التدريبى لخفض حدة الألكسيزيميا، في مركز التدخل المبكر للطفولة، وجمعية التتواصل لذوي الإحتياجات الخاصة، حيث إتخذت الباحثة العينة التجريبية من هذين المركزين وتم إعداد الأدوات والوسائل المستخدمة بكل جلسة، وقد استغرق تنفيذ البرنامج علي المجموعة التجريبية ثلاثة أشهر (نصف عام دراسي كامل)، بواقع أربعة أيام أسبوعياً، بواقع (٨–٩) جلسات في الإسبوع، مدة كل جلسة (٣٠: ٤٥) دقيقة.
- كما قامت الباحثة بعمل جلستين إرشاديتن لكل من أمهات الأطفال عينة البحث والمعلمات، حتي يكون هناك تكامل بين البرنامج التدريبى المقدم من الباحثة والأم والمعلمة وذلك لتحقيق أكبر استفادة للأطفال من البرنامج التدريبى.
- تم التطبيق البعدي للمقياسين (الالكسيزيميا المصور للطفل، الألكسيزيميا اللفظي للأمهات والمعلمات) بعد الانتهاء من البرنامج التدريبى ثم قامت الباحثة بتصحيح ورصد درجات الأطفال في المقياسين وتفريغها في جداول وذلك لإجراء المعالجات الإحصائية المناسبة للبيانات.
- بعد مرور مدة شهر ونصف من انتهاء التجربة تم إعادة تطبيق مقياس الألكسيزيميا المصور للطفل، واللفظي للأمهات والمعلمات لدى طفل الروضة على أطفال المجموعة التجريبية وذلك للتأكد من استمرار تأثير البرنامج التدريبى.
- تم معالجة البيانات إحصائيًا للوصول إلى النتائج وتحليلها على أساس القياس القبلى والبعدى والتتبعى في مقياس الألكسيزيميا المصور، واللفظي للمعلمات والأمهات لدي طفل الروضة وتفسيرهم في ضوء الإطار النظري، والدراسات السابقة المرتبطة بموضوع البحث، والتجربة الحالية، وقد تميزت مواعيد الجلسات بالمرونة، وراعت الباحثة في المقام الأول ظروف الأطفال وحالاتهم الصحية والمزاجية.

رابعا: الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث:

استخدمت الباحثة بعد إجراء التجربة– في إطار أهداف البحث– للوصول إلى نتائج البحث الأساليب الإحصائية التالية:

- اختبار كلومجر وسميرنوف للعينة الواحدة.
- المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري.
- معامل الارتباط البسيط بطريقة "بيرسون" لحساب ثبات الاختبار Person Carrelation.
- معامل ألفا لكرونباخ Alpha Cronbach.
- تحليل التباين أحادي الإتجاه للقياسات المتكررة (المترابطة).
- اختبار توكي للقياسات البعدية.

خامساً: التصميم التجريبي للدراسة:



شكل رقم (٣)

التصميم التجريبي للدراسة

الفصل الرابع
عرض ومناقشة نتائج الدراسة والتوصيات والبحوث المقترحة

أولاً: نتائج الفرض الأول.

ثانياً: نتائج الفرض الثاني.

ثالثاً: مناقشة النتائج وتفسيرها.

رابعاً: توصيات الدراسة.

خامساً: البحوث المقترحة.

الفصل الرابع
عرض ومناقشة نتائج الدراسة والتوصيات والبحوث المقترحة

تعرض الباحثةفي هذا الفصل طريقة تحليل البيانات التى تم التوصل إليها، وذلك للتعرف علي مدي فعالية العلاج السلوكي في خفض حدة الألكسيزيميا للأطفال ذوي صعوبات التعلم، والتحقق من صحة الفروض السابق صياغتها، ومناقشة وتفسيرالنتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية، والتوصيات والبحوث المقترحة، وفيما يلي عرض لكل فرض من فروض الدراسة وعرض النتائج وتفسيرها علي النحو التالي:

أولا: نتائج الفرض الأول:

وينص هذاالفرض علي أنه "**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين فترات القياس (قبلي- بعدي- تتبعي) علىأبعاد مقياس الكسيزيميا المصور لطفل الروضة**".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي للقياسات المترابطة ANOVA One Factor Experiment With Repeated Measurements يوضحه جدول (١٦).

جدول (١٦)

تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة (قبلي- بعدي- تتبعي) (مجموعات مترابطة) لأبعاد مقياس الألكسيزيمياالمصور لطفل الروضة

	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	درجات الحرية	مربع ايتا الجزئي
وصف المشاعر والتعبير عنها	بين المعلمات	٣٢٣.٠٧١	١٣	٢٤.٨٥٢		
	بين فترات القياس	٢٤٧.٢٨٦	٢	١٢٣.٦٤٣	١٠٤.٦٦٥**	٠.٨٩٠
	التفاعل	٣٠.٧١٤	٢٦	١.١٨١		
تحديد المشاعر والتعبير عنها	بين المعلمات	٤٢٨.٢٨٦	١٣	٣٢.٩٤٥		
	بين فترات القياس	١٨٣.٠٠٠	٢	٩١.٥٠٠	٧٢.٠٩١**	٠.٨٤٧
	التفاعل	٣٣.٠٠٠	٢٦	١.٢٦٩		
صعوبة التخيل	بين المعلمات	٢٥٧.١٦٧	١٣	١٩.٧٨٢		
	بين فترات القياس	٢٦٠.٦١٩	٢	١٣٠.٣١٠	٨٤.٦٠٠**	٠.٨٦٧
	التفاعل	٤٠.٠٤٨	٢٦	١.٥٤٠		
التفكير الموجه من الخارج	بين المعلمات	١٢٤.٩٥٢	١٣	٩.٦١٢		
	بين فترات القياس	٢٥٠.٤٢٩	٢	١٢٥.٢١٤	٩٨.٩٣٩**	٠.٨٨٤
	التفاعل	٣٢.٩٠٥	٢٦	١.٢٦٦		
الدرجة الكلية	بين المعلمات	٢٧٦٧.٦١٩	١٣	٢١٢.٨٩٤		
	بين فترات القياس	٣٧٢٩.٧٦٢	٢	١٨٦٤.٨٨١	٢٧٢.٠٣٤**	٠.٩٥٤
	التفاعل	١٧٨.٢٣٨	٢٦	٦.٨٥٥		

حيث أن قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة عند (٢، ٢٦) ومستوى دلالة (٠.٠١) =٥.٥٢٦.

يتضح من جدول (١٦) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات فترات القياس لمحاور الدراسة والدرجة الكلية، حيث كانت قيم"ف" على التوالي (١٠٤.٦٦٥– ٧٢.٠٩١– ٨٤.٦– ٩٨.٩٣٩– ٢٧٢.٠٣٤) وهى قيم أكبر من القيمة الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠١)، وبالرجوع إلي متوسطات الدرجات يتضح أن هذه الفروق لصالح القياس البعدي، مما يشير لتحسن الأطفال ذوي صعوبات التعلم في تعرفهم علي مشاعرهم الخاصة وتمييزها والتعبير عنها للأخرين مما يؤثر في خفض حدة الألكسيزيميا. ولمعرفة دلالة الفروق بين القياس البعدي والقبلي، وبين القياس التتبعي والبعدي، تم استخدام اختبار توكي حيث أن الأعداد متساوية ويوضحه جدول (١٧).

جدول (١٧)

اختبار توكي لدلالة واتجاه القياسات البعدي لأبعاد مقياس الألكسيزيميا المصور لطفل الروضة

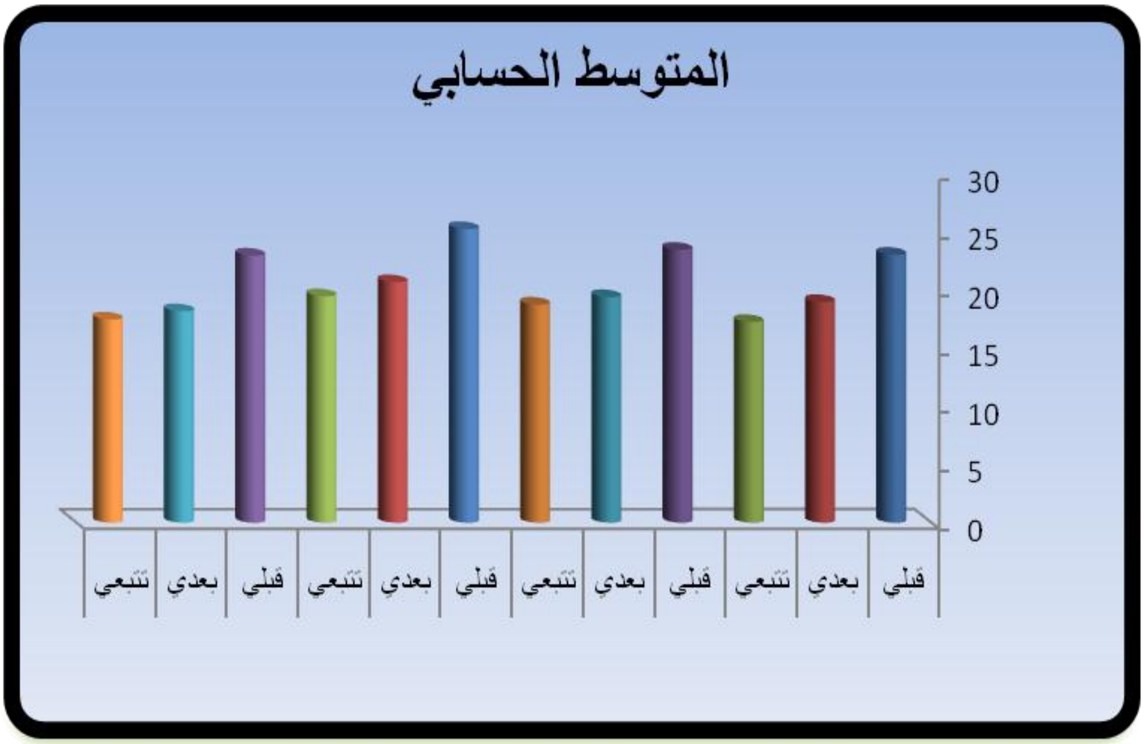
المتغير	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قبلي	بعدي	تتبعي	قيم توكي الحرجة	
							٠.٠١	٠.٠٥
وصف المشاعر والتعبير عنها	قبلي	٢٣.٠٧١	٣.٤٥٢					
	بعدي	١٩.٠٠٠	٣.١١٣	**٤.٠٧١			١.٥٢٨	٠.٩٨٥
	تتبعي	١٧.٢٨٦	٢.٣٦٧	**٥.٧٨٦	*١.٧١٤			
تحديد المشاعر والتعبير عنها	قبلي	٢٣.٥٠٠	٣.٩٩٥					
	بعدي	١٩.٤٢٩	٣.١٠٦	**٤.٠٧١			١.٥٨٤	١.٠٢١
	تتبعي	١٨.٧٨٦	٣.١٤٢	**٤.٧١٤	٠.٦٤٣			
صعوبة التخيل	قبلي	٢٥.٢٨٦	٣.٠٤٩					
	بعدي	٢٠.٧١٤	٢.٤٩٤	**٤.٥٧١			١.٧٤٥	١.١٢٤
	تتبعي	١٩.٥٠٠	٢.٧١٠	**٥.٧٨٦	*١.٢١٤			
التفكير الموجه من الخارج	قبلي	٢٣.٠٠٠	٢.٣٨٦					
	بعدي	١٨.٢١٤	١.٧١٨	**٤.٧٨٦			١.٥٨٢	١.٠١٩
	تتبعي	١٧.٥٠٠	١.٨٧١	**٥.٥٠٠	٠.٧١٤			
الدرجة الكلية	قبلي	٩٤.٨٥٧	١٠.٣٠٢					
	بعدي	٧٧.٣٥٧	٨.٣٤٥	**١٧.٥٠٠			٣.٦٨١	٢.٣٧٢
	تتبعي	٧٣.٠٧١	٧.١٣٠	**٢١.٧٨٦	**٤.٢٨٦			

** دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١)   * دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٥).

يتضح من جدول (١٧) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي وكل من القياس (البعدى- التتبعي)لصالح القياس (البعدى- التتبعي) عند مستوى دلالة (٠.٠١) في جميع أبعاد مقياس الألكسيزيميا المصور لطفل الروضة حيث كانت الفروق بين متوسط درجات كل متوسطين أكبر من القيمة الحرجة لتوكي عند مستوى دلالة (٠.٠١).

كما يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) للدرجة الكلية لمقياس الألكسيزيميا المصور لطفل الروضة بين القياس البعدى والقياس التتبعي لصالح القياس التتبعي، كما يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين القياس البعدى والقياس التتبعي لمتغيرات (وصف المشاعر والتعبير عنها، صعوبة التخيل) لصالح القياس التتبعي، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدى والتتبعي في متغيرى (تحديد المشاعر والتعبير عنها، والتفكير الموجه من الخارج، وهذا ما يؤكد تحسن الطفل ذوي صعوبات التعلم وإنخفاض نسبة الألكسيزيميا لديه.

والشكل التالي يوضح متوسط درجات فترات القياس (قبلي- بعدى- تتبعي) لمتغيرات مقياس الألكسيزيميا المصور لطفل الروضة.

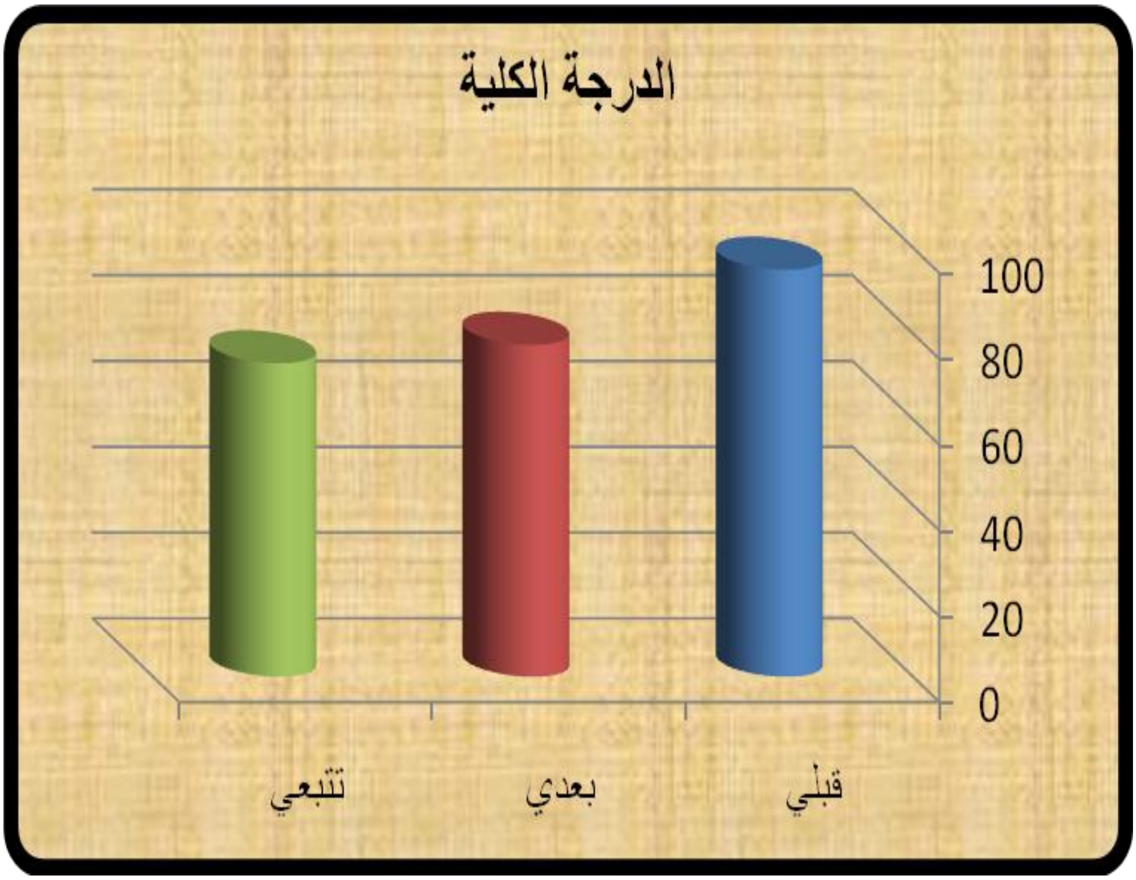


شكل رقم (٤)

يوضح متوسط درجات فترات القياس (قبلي- بعدى- تتبعي) لمتغيرات مقياس الألكسيزيميا المصور لطفل الروضة

يتضح من الشكل السابق إنخفاض نسبة الألكسيزيميا في القياسين البعدي والتتبعي مقارنة بالقياس القبلي لصالح القياسين البعدي والتتبعي، مما يعد مؤشر دال علي تحسن الأطفال ذوي صعوبات التعلم ومدي تأثير البرنامج علي خفض حدة الألكسيزيميا.

والشكل التالي يوضح متوسط الدرجة الكلية لمقياس الألكسيزيمياالمصور لطفل الروضة:



شكل رقم (٥)

يوضح متوسط الدرجة الكلية لمقياس الألكسيزيميا المصور لطفل الروضة

ثانياً: نتائج الفرض الثانى:

وينص علي أنه "**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات فترات القياس (قبلي– بعدي– تتبعي) على أبعاد مقياس الألكسيزيميا اللفظى للأمهات والمعلمات والدرجة الكلية**".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي للقياسات المترابطة ANOVA One Factor Experiment With Repeated Measurements.

جدول (١٨)

تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لأبعاد مقياس الألكسيزيميا اللفظى لطفل الروضة

	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" والدلالة	مربع ايتا الجزئي
وصف المشاعر والتعبير عنها	بين الأطفال	٨٣٢.٥٧١	١٣	٦٤.٠٤٤		
	بين فترات القياس	٥١٣.٠٠٠	٢	٢٥٦.٥٠٠	**٩٦.٦٥٢	٠.٨٨١
	التفاعل	٦٩.٠٠٠	٢٦	٢.٦٥٤		
تحديد المشاعر والتعبير عنها	بين الأطفال	٥٤٧.٦١٩	١٣	٤٢.١٢٥		
	بين فترات القياس	٥١٨.١٤٣	٢	٢٥٩.٠٧١	**١٤٤.٧٨٣	٠.٩١٨
	التفاعل	٤٦.٥٢٤	٢٦	١.٧٨٩		
صعوبة التخيل	بين الأطفال	٢٩٦.٧٨٦	١٣	٢٢.٨٣٠		
	بين فترات القياس	٥٦٩.٣٣٣	٢	٢٨٤.٦٦٧	**١١٥.٦٤٦	٠.٨٩٩
	التفاعل	٦٤.٠٠٠	٢٦	٢.٤٦٢		
التفكير الموجه من الخارج	بين الأطفال	٥٢١.١٦٧	١٣	٤٠.٠٩٠		
	بين فترات القياس	٦١٠.٣٣٣	٢	٣٠٥.١٦٧	**١٨٧.٤٢٥	٠.٩٣٥
	التفاعل	٤٢.٣٣٣	٢٦	١.٦٢٨		
الدرجة الكلية	بين الأطفال	٧٣٥٥.٦١٩	١٣	٥٦٥.٨١٧		
	بين فترات القياس	٨٨٢٦.٨٥٧	٢	٤٤١٣.٤٢٩	**٣١١.٩٨٠	٠.٩٦
	التفاعل	٣٦٧.٨١٠	٢٦	١٤.١٤٧		

قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة عند (٢، ٢٦) ومستوى دلالة (٠.٠١) =٥.٥٢٦.

يتضح من جدول (١٩) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات فترات القياس لمحاور الدراسة والدرجة الكلية، حيث كانت قيم"ف" على التوالى (٩٦.٦٥٢، ١٤٤.٧٨٣، ١١٥.٦٤٦، ١٨٧.٤٢٥، ٣١١.٩٨) وهى قيم أكبر من القيمة الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠١).

ولمعرفة دلالة الفروق بين القياس البعدي والقبلي، وبين القياس التتبعي والبعدي، تم استخدام اختبار توكي حيث أن الأعداد متساوية ويوضحه جدول (١٩).

جدول (١٩)

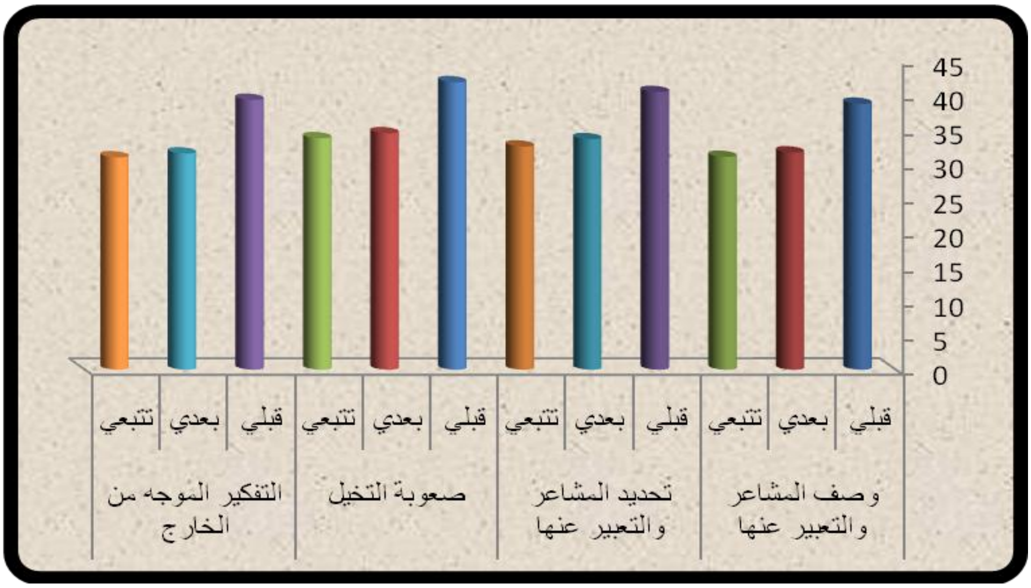
اختبار توكي لدلالة واتجاه الفروق في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس الألكسيزيميا اللفظى لطفل الروضة

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قبلي	بعدي	تتبعي	قيم توكي الحرجة	
						٠.٠١	٠.٠٥
وصف المشاعر والتعبير عنها	٣٨.٦٤٣	٥.٨١٣	-				
	٣١.٥٧١	٤.١٢٧	**٧.٠٧٢	-		٢.٢٩٠	١.٤٧٦
	٣٠.٩٢٩	٤.٣٠٥	**٧.٧١٤	٠.٦٤٣	-		
تحديد المشاعر والتعبير عنها	٤٠.٣٥٧	٣.٩٥٤	-				
	٣٣.٥٠٠	٣.٩٥٦	**٦.٨٥٧	-		١.٨٨٠	١.٢١١
	٣٢.٤٢٩	٣.٧٩٧	**٧.٩٢٩	١.٠٧١	-		
صعوبة التخيل	٤١.٧٨٦	٣.٠٦٨	-				
	٣٤.٣٥٧	٢.٨٧٢	**٧.٤٢٩	-		٢.٢٠٦	١.٤٢٢
	٣٣.٦٤٣	٣.١٧٧	**٨.١٤٣	٠.٧١٤	-		
التفكير الموجه من الخارج	٣٩.٢١٤	٤.٤٩٢	-				
	٣١.٤٢٩	٣.٣٩٠	**٧.٧٨٦	-		١.٧٩٤	١.١٥٦
	٣٠.٨٥٧	٣.٤١٦	**٨.٣٥٧	٠.٥٧٢	-		
الدرجة الكلية	١٦٠.٠٠٠	١٦.١٩١١٧	-				
	١٣٠.٨٥٧	١٢.٨١٧٤	**٢٩.١٤٣	-		٥.٢٨٨	٣.٤٠٨
	١٢٧.٨٥٧	١٢.٩٤٨٧٦	**٣٢.١٤٣	٣.٠٠٠	-		

يتضح من جدول (١٩) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي وكل من القياس (البعدى- التتبعي) لصالح القياس (البعدى- التتبعي) عند مستوى دلالة (٠.٠١) في جميع أبعاد مقياس الألكسيزيمياااللفظى لطفل الروضة حيث كانت الفروق بين متوسط درجات كل متوسطين أكبر من القيمة الحرجة لتوكي عند مستوى دلالة (٠.٠١)، كما يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) للدرجة الكلية لمقياس الألكسيزيميا المصور لطفل الروضة بين القياس البعدى والقياس التتبعي لصالح القياس التتبعي، كما يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين القياس البعدى والقياس التتبعي لمتغيرات (وصف المشاعر والتعبير عنها، صعوبة

التخيل) والدرجة الكلية حيث كانت قيم الفروق بين المتوسطات أقل من القيمة الحرجة لتوكي عند مستوى دلالة (٠.٠٥).

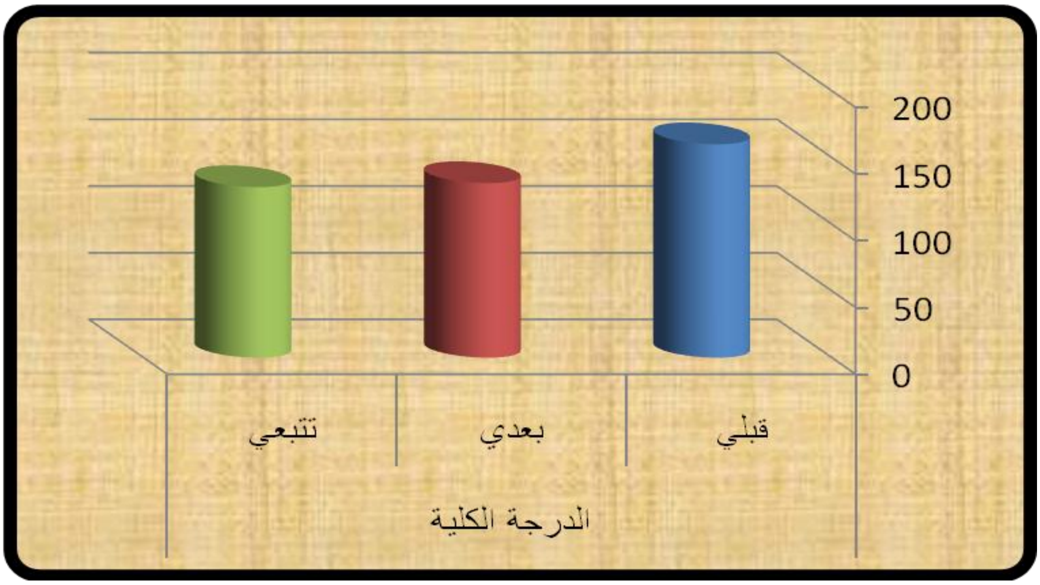
والشكل التالي يوضح متوسط درجات فترات القياس (قبلي- بعدى- تتبعي) لمتغيرات مقياس الألكسيزيميا اللفظي لطفل الروضة.



شكل رقم (٦)

يوضح متوسط درجات فترات القياس (قبلي- بعدى- تتبعي) لمتغيرات مقياس الألكسيزيميا اللفظي لطفل الروضة

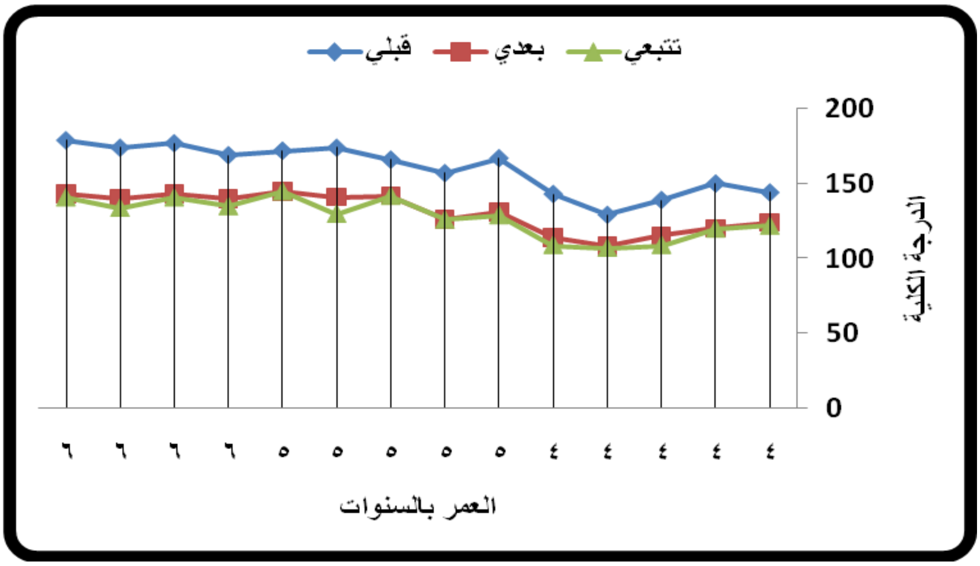
والشكل التالي يوضح متوسط الدرجة الكلية لمقياس الألكسيزيميا اللفظي لطفل الروضة.



الشكل (٧)

يوضح متوسط الدرجة الكلية لمقياس الألكسيزيمياللفظي لطفل الروضة

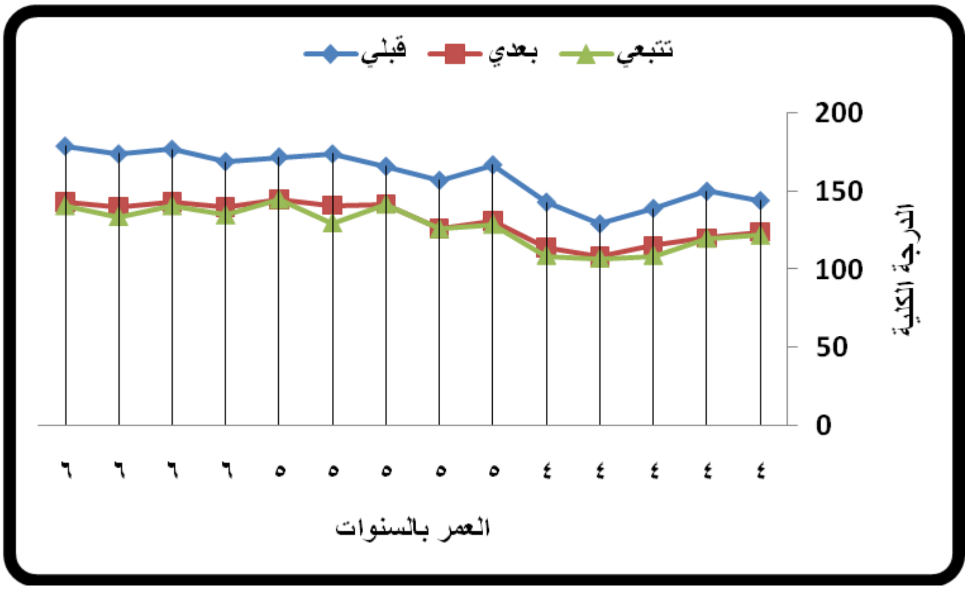
والشكل التالي يوضح درجات القياس القبلي والبعدى والتتبعي لأطفال مجموعة الدراسة على مقياس الألكسيزيمياالمصور تبعا لعمر عينة الدراسة.



شكل رقم (٨)

يوضح درجات القياس القبلي والبعدى والتتبعي لأطفال مجموعة الدراسة على مقياس الألكسيزيميا المصور تبعا لعمر عينة الدراسة.

والشكل التالي يوضح درجات القياس القبلي والبعدى والتتبعي لأطفال مجموعة الدراسة على مقياس الألكسيزيمياالللفظى تبعا لعمر عينة الدراسة.



شكل رقم (٩)

يوضح درجات القياس القبلي والبعدى والتتبعي لأطفال مجموعة الدراسة على مقياس الألكسيزيميااللفظى تبعا لعمر عينة الدراسة

ثالثاً: مناقشة النتائج وتفسيرها:

تتطرق الباحثة لمناقشة نتائج الدراسة الحالية وتفسيرالفروض وذلك لإلقاءالضوءعلي خفض حدة الألكسيزيميا لأطفال المجموعة التجريبية من ذوي صعوبات التعلم بعد تعرضهم للبرنامج التدريبي الذي يعتمد علي استخدام فنيات العلاج السلوكي من خلال الأنشطة والمهارات والألعاب والقصص والمسابقات ومن ثم إنتقال أثرالتدريب علي الألكسيزيميا وخفض حدتها بما يشير ذلك إلي فعالية البرنامج علي المدي البعيد كماتفسر الباحثة ما توصلت إليه من نتائج علي النحوالتالي:

أكدت العديد من الدراسات ومنها شاكر قنديل (١٩٩٥) أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يحتاجون إلي تدريب لنمو مهارتهم المختلفة وتدريب، ولذلك فقد إعتمد هذا البحث علي فنيات العلاج السلوكي ويعد هذا أكبر دليل على أهمية برامج العلاج السلوكى التدريبى لخفض حدة الألكسزيميا، حيث أن التعرض المتكرر للاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب والضغوط يترتب عليه تأثيرات سالبة كالفوضى والارتباك في حياة الفرد، والعجز عن اتخاذ القرارات وتناقض فعالية سلوكه، وعجزه عن التفاعل مع الآخرين، مما يتطلب مواجهة فعالة من خلال تنمية السلوك الايجابى لدى الفرد وتدريبه على السلوكيات المختلفة وهذ ا ماتوصلت اليه الدراسة كما يمكن أن يرجع السبب في هذه النتيجة الى ماحققه البرنامج المستخدم في هذه الدراسة من أثر طيب ولا سيما لدى الأطفال وتأثيره في سلو كياتهم حيث ان أغلب استرتيجيات البرنامج كانت استراتيجيات العلاج السلوكى التى تعد أنسب الطرائق لتدريب الأطفال وتعديل سلوكهم (Anshel, 2011, 233).

ويمكن القول أن هناك متغيرات وأسباب أخرى يمكن أن يعزى اليها فعالية البرنامج: حيث أن مواقف البرنامج والأنشطة المتضمنة فيه قد أعدت من واقع الحياة وبما يتناسب مع العينة وما تفضله، بالاضافة الى تركيزها على تدريب الأطفال لخفض من الالكسيزيميا كما راعت احتياجات أفراد العينة وخصائصها الوجدانية والمزاجية. فقد حاول هذا البرنامج أن يخفض من حدة الالكسيزيميا لدى المشاركين وحيث أن المخ البشرى قابل للتشكيل والتغير، وهندسة المخ المركبة والمعقدة على درجة عالية من التطويع الذاتى، حيث يتغير بناءه الذى يتشكل من خلال خبرات الطفولة ومراحل الحياة، وأن هذه الامكانيات هى التى تمكن الانسان من مواصلة التعلم والتكيف (سحر علام، ٢٠٠١، ١٨٠).

حيث أشارت نتائج الفرض الأول إلي وجود فروق دالة إحصائية بين فترات القياس (قبلي– بعدي– تتبعي) علي أبعاد مقياس الألكسيزيميا اللفظي لدى العينة التجريبية، حيث كان متوسط درجات العينة التجريبية على التطبيق القبلى أعلى في الألكسزيميا حيث تتفق هذه النتيجة اجمالا مع ماشار اليه العديد من الباحثين أمثال "فينجرهوت" وآخرين Vingerhoet et al. (1995, 425) الذى توصل

الى أن الافراد الذين يعانون من الأليكسزيميا يظهرون نقص في المساندة الاجتماعية، كما أنهم أقل مواجهة للعلاقات الاجتماعية وأكثر تعرضا للا نفعالات.

ويتقارب ذلك مع ما توصل إليه "مانتى" وآخرون Mantani et al. (2005, 982) حيث وجود نشاط أقل في القشرة الخلفية للحاء (PCC) لدى الافراد ذوى اضطراب الالكيسزيميا ممن يتم تأهيلهم سلوكيا وكنتيجة تدعيمه كما سبق توصلت دراسة ريكر وزملائه Reker et al (2010, 425) الى ارتباط المستويات العليا من الأليكسزيميا بالاطفال بالتنشيط في بعض المناطق الدماعية من خلال محفزات إيجابية كالتنظيم الذاتى والمساندة الوجدانية وادارة الموقف الضاغط.

ويرى بعض الباحثين أن من يعانون اعراض الأليكسزيميا أقل قدرة على الكشف الانفعالى حيث أشار Salovey et al. (1999, 146-160) إلي أن تنظيم المشاعر والانفعالات المضطربة يمكن أن يؤدى الى سوء الصحة اذا لم يستطيع الفرد معالجة المعلومات الانفعالية بطريقة مناسبة.

من خلال ماسبق يمكن القول أن زيادة تحديد المشاعر وتمييزها لدى الطفل ذوى صعوبات التعلم عن طريق تعديل بعض السلوكيات يساهم في تحقيق بعض التوازن النفسى والمجتمعى والاسرى له، وهذا يتفق مع ما أشار اليه العلاج السلوكى المعاصر الذى يؤكد أن كثيرا من الاستجابات الوجدانية والانفعالية والاضطرابات السلوكية تعتمد على وجود معتقدات فكرية خاطئة يكونها الفرد عن نفسه والعالم المحيط به. ونتيجة لما توصل إليه الفرض الثاني في أن متوسط درجات المجموعة التجريبية علي أبعاد مقياس الألكسيزيميا المصور كان أعلي في التطبيق القبلي عنه في التطبيق البعدي، ويمكن تفسير ذلك في ضوء ان العلاقات بين الاحداث في حياة الطفل ذوى صعوبات التعلم ومشاعره قبل تطبيق البرنامج، كانت أقل وضوحا، كما ان تحديد مشاعره قد يتطلب منه أن يأخذ وقتا للتزكييز على نفسه، وعلى مشاعره وهذا ماينقص الطفل ذوى صعوبات التعلم (Barrett & Salovey, 2002, 166).

حيث أوضح Taylor (2000, 32) أن الطفل ذا الالكيسزيميا لايمكنه التمييز بين العواطف والمشاعر الايجابية والعواطف السلبية، لأنه يدرك فقط المكون الفسيولوجى من الشعور، وهو لايستطيع التفريق بين الاثارة والخوف فكلاهما واحد فليس لدية المعرفة بالمسميات التى يمكنها التمييز بين الاثنين.

كما يمكن تفسير النتيجة السابقة في ضوء نظرية التأثير النمائى التى تربط التطور الانفعالى للطفل بمرحلة ظهور اللغة ومدى تطورها لديه عبر مراحل حياته المختلفة وأن تطويرها يساعد في زيادة وعيه بقدرته الانفعاليه التى من خلالها يستطيع تحديد مشاعر (Schwatz & Lane, 1987, 100).

حيث ان البرنامج كان له اثر في جعل الطفل ذوى صعوبات التعلم يستطيع معايشة مشاعره بالكامل والتعبيرعنها ووصفها بطرائق تكيفيه وشبه صحيه، كما أن البرنامج استطاع أن يجعل الطفل مراقباً جيداً لمشاعره، وأن يعطيها قيمة وأن ينتبه الاشارات التى ترسلها اليه وتعلم معايشة عواطفه والتعبير عنها. أيضا يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء نظرية كريستال للتأثر التطورى النمائى (KrystalS Theory of Affect Development, 1988) التى ترجع السبب في الاصابة بالألكسيزيميا الى مرحلة الطفولة التنشئة الأسرية وما يتعرض له الطفل في المراحل المتعاقبه من صدمات وخبرات انفعالية عنيفة تؤدى بالضرورة الى ارتداد أونقص في الجوانب الانفعالية، مما يترك لديه صورة مشوهه عن نفسه، وبالتالى لايستطيع وصف مايشعر به، وتشير النظرية أنه اذا تم تهيئة الطفل سلوكيا من خلال برامج متقنه فان ذلك يساعد الطفل ذوى صعوبات التعلم وهو ماقامت به الباحثه في هذه الدراسة. وأيضا أكد على أن الألكسيزيميا ترجع الى قصور في التنشئة الخاصه (Taylor, G. J. & Bagby 2000, 41).

وأيضا أكد بالأطفال خلال العام الاول من العمر، بسبب قصور في قدرة القائم بالرعاية علي التناغم والتأمل الذاتي، وعدم توفير نموذج سلوك التعلق الأمن لدي الطفل، هذا بالإضافه إلي بعض المسببات الأخري التي من المحتمل أن تكون سببا في حدوث عجز في المشاعر (الالكسيزيميا) كتعرض الطفل لصدمه مبكرة، وتتضمن حرمانا عاطفيا.

حيث يري (Wearden (2003, 341 أن الألكسيزيميا هي عجزفي القدرة علي تعريف ووصف الإنفعالات وذلك نتيجة للتفاعلات في مرحلة الطفولة المبكرة مع مقدمي الرعاية.

في ضوء ما يراه Sligman من أن الطفل الذي يتولد لديه اعتقاد بأنه لا يملك القدرة على التحكم في سلوكياته ونتائجها يبدى أنماطها سلوكيه تدور حول ضعف القدرة على التعبير عن نفسه ومشاعره (أحمد البهي وأمينه شلبي ومحمد عبد السميع، ١٩٩٨، ٦٦- ١٠٩).

والمشكلة الرئيسية لذوى صعوبات التعلم تتحدد في عدم قدرتهم على تحديد استجابتهم واستجابات الآخرين التى تعوق قدرتهم على التعبير وتمييز المشاعر، وتحديد السلوكيات المناسبة التي يمكن أن تحل محل السلوك غير المرغوب فيه ليعملوا على تقويتها (محمد رزق البحيرى٢٠٠٩، ٨٥٨).

حيث أن تعبير الطفل ذوى صعوبة التعلم عن مشاعره يعزز تواصله مع الآخرين، ويمكنه من احتواء هذه المشاعر والسيطرة عليها حتى لاتصبح مكبوتة أو واضحة للعيان، وقد يكون سبب عدم تعبيره عن مشاعره الخوف من التعرض للسخرية والتهكم أو لتجنب اللوم أو التأنيب، أو الشعور بالذنب (كارول بالدوك، ٢٠٠٥، ٨١).

ونتيجة لوجودعلاقة وثيقة بين التفكير والكلام، وأنه يمكن التحكم في السلوك عن طريق التحكم والتعبير اللفظي، وأنه يمكن تطبيع الطفل اجتماعيا بواسطة التعليمات التفاعلية الداخلية، ونمو وتطور اللغة- الفكر- السلوك لدى الطفل يتم من خلال كلام الراشدين- وخصوصا الوالدين- الذي يوجه ويضبط سلوك الفرد وتعبيراته وذلك في مرحلة الطفولة (إبراهيم الفقى، ٢٠٠٠، ٢٩).

حيث أن الطفل ذوى صعوبات التعلم بسبب عدم قدرته على التعلم وانخفاض وتدنى ثقته بنفسه وجرح مشاعره أمام أقرنه من قبل المعلم، وخوفه من الاشتراك في المناقشات، وشدة التباين في قدرات التلميذ داخل الفصل من الأسباب والعوامل المؤدية للألكسيزيميا، كما أن الأفراد الذين يحتاجون إلى تقييم عملية التعبير عن مشاعر أو حتى الرغبة في التعبير يحتاجون أولا إلى أن يكونوا واثقين بأنفسهم (Lumley, 2004).

ومن المسئوليات التي تقع أيضاً على كل من المعلم والأسرة أن ينمى لدى الطفل الرغبة في التعلم وأن ينمى ثقته بنفسه وثقته بمشاعره ويجعله يشعر بأنه يهتم به اهتماما خاصا وأنه سوف يساعده في التغلب على الصعوبة لديه مما يخفف لديه التوتر ويغير لديه الاتجاهات الخاطئة نحو ذاته وعندما يدرك الطفل أن هناك من يهتم به وبمشاكله فسوف يشعر بقيمته وبثقته في نفسه، وهى مشاعر هو في أشد الحاجة إليها للتغلب على صعوبته وتزداد ثقته بنفسه (بطرس حافظ بطرس، ٢٠٠٥، ٦٩٣- ٥٧٥) وينجح في التفاعل الوجداني مع الآخرين معبرا لهم عن مشاعره متعاطفا معهم.

ويتفق ذلك مع نتائج دراسة Partridge (1993) من حيث ارتفاع درجة الألكسيزيميا لدى ذوى صعوبات التعلم، ويختلف مع دراسة Newdelman (1998) التي أشارات إلى انخفاضها لديهم ويمكن تفسير ذلك في ضوء أن هؤلاء الأطفال لديهم ضعف في المهارات الاجتماعية والتفاعل الإيجابي، كما أن بعضهم يمكنه استخدام مستوى عال من المفردات الغوية، أو الوحدات المعرفية شفهيا أو خلال الحديث، لكنهم يفتقرون إلى التعبير عن مشاعرهم كتابة وكلاما (فتحي الزيات، ٢٠٠٢، ٥١).

كما أن صعوبة وصف المشاعر والتعرف عليها والتمييز بينها لدى هذا الطفل قد ترجع إلى قلة الخبرة وضيق الأفق والخيال، والافتقار إلى القدرة على تنظيم الانفعالات البينشخصية، فنظام التعليم وأساليب التنشئة السائدة في الروضة والأسرة لاتعطى أهمية للجوانب الانفعالية في التعليم والتنشئة، وتهتم فقط بالجانب المعرفي مما ينعكس على قدرة الفرد على التعرف على المشاعر (أبو زيد الشويقى، ٢٠٠٨).

حيث أن ذوى صعوبات التعلم يتصفون بالإندفاعية ويكونون صوره سالبة للذات ويدركون ذواتهم إدراكا مدعما لنواحى الضعف لديهم، ويعانى هؤلاء الأطفال اضطرابا في التعبير عن أنفسهم وتكون

حصيلة الكلمات الجديده لديهم محدودة جدا وغير دقيقه، ويجدون صعوبة في إكتساب الكلمات الجديدة، كما أنهم يظهرون صعوبة في الإدراك الدقيق لتلميحات التعبيرات الوجهية، ويأخذون وقتا أطول في تحديد المشاعر والإنفعالات (أمان محمود وساميه صابر، ٢٠٠٣، ٢٤٧- ٢٦٦).

كما أنهم أكثر إستخداما للتعبيرات اللفظيه العدائية، ونادرا مايتحدثون بالكلمات السارة إجتماعياً لأنهم لا يتأثرون بالاستجابات اللفظية للآخرين، ومن هنا يفتقرون إلى الحساسية للآخرين ومشاعرهم والادراك الملائم للمواقف الاجتماعية، فضلا عن ذلك فهم يعانون عدم الاتزان العاطفى والانفعالى الناتج عن أسباب نفسية تؤثر في سلوكيات الطفل فتجعله عاجزا عن التحث بطلاقة معبراً عن مشاعره، كما يعانى الرفض الاجتماعى سواء من المعلمين أو الآباء أو الأقران (أشرف عبد الغفار، ٢٠٠٤).

هناك فرق بين ذوى صعوبات التعلم العاديين والموهبين ويتضح هذا الفرق في أن ذوى صعوبات التعلم الموهوبين يمتكلون ثروة لغويه كبيره ويختارون الكلمات المعبرة أثناء الحديث،، ويتميزون بمهارات عالية في الغة الشفهية، ولديهم خلفيات ممتده من المعلومات والمعارف العامة، كما أن لديهم مظهرا من التحفظ اللفظى المثابر، وتفكيرهم مبتكر أو متباعد، ولديهم مهارات تواصل جيدة، كما أن لديهم الموهبة الموسيقية التى تشجعهم على التعبير عن مشاعرهم مقارنة بذوى صعوبات التعلم فقط (رحاب برغوت، ٢٠٠٢).

وقد يعانى الطفل ذى صعوبة التعلم مشكلات أكثر من ذى صعوبة التعلم الموهوب، منها العجز في القدرة على التخيل- وتتمثل في انخفاض القدرة على التخيل والتصور ووضع تصورات مستقبلية، فتفكير الطفل يتسم بالسطحية والجمود، بالإضافة إلى ميله لتفسير الأحداث وفقا لتصورات إدراكية سابقة وطبقا للمقترحات النظرية الحديثة فإن الخصائص التى تشكل الألكسيثيميا تعكس قصورا في عمليات المعالجة المعرفية للإنفعالات، وقصورا في تنظيم الإنفعالات، وهذا يتفق مع سمات ذوى صعوبات التعلم من حيث وجود قصور لديهم في عمليات معالجة المعلومات (محمد كامل، ٢٠٠٨، ٣٠٧- ٣٨٣).

ويلعب كبت الانفعالات في الطفولة والذى يرجع بدوره إلى قصور في عمليةالتنشئية الاجتماعية للأطفال وخاصة خلال العام الأول من العمر بسبب قصور في الرعاية الاسرية وعدم توفر نموذج سلوك التعلق الآمن لدى الطفل، وكذلك تعرض الطفل لصدمة انفعالية مبكرة قد تتضمن حرمانا عاطفيا، أو الفشل في نمو القدرة على إدراك واستخدام عمليات معالجة الانفعالات كرموز وإشارات اجتماعية تلعب دورا في هذا القصور (Luminet et al.، 2004, 741).

وتفسر بعض الاتجاهات الخبرات التطوريه بالتركيز على دور الأسرة في تطوير قدرات أفرادها في التواصل مع الآخرين، والتعبير عن مشاعرهم، والتى تكتسب أثناء تطور علاقات الأفراد داخل

أسرهم، فيتعلم الطفل من النماذج المبكرة في حياته التعبير عن انفعالاته، وهذا التعلم يؤثر في علاقاته الشخصية فيما بعد، وغياب خبرة التفاعل الإيجابى في بيئة أسرية تفتقد مهارات التواصل فيما بين أفرادها في سنوات الطفولة المبكرة يمكن أن يؤدى أو يزيد من احتمالية معاناة أحد أبنائها من صعوبة التعبير عن كثير من الانفعالات في حياته المقبلة، ومن ثم تتسبب البيئات الأسرية الفاشلة وظيفيا في حدوث الألكسيزيميا (إيمان البنا، ٢٠٠٣).

فتناولت معظم الدراسات السابقة عينات من الاطفال، ويتراوح العمر الزمنى لهذه العينات بين (٣-١٢) عاما، ومن هذه الدراسات Gerald & Frida (2003, 200- 255)، ودراسة Yokoyama & Yamamoto (2007, 174-184)، Lane Dolan Chau & Naoi Fink (1997, 34-44)، ودراسة Michael & Elizabeth (1998).

حيث غياب خبرة التفاعل الإيجابى في بيئة أسرية تفتقد مهارات التواصل فيما بين أفرادها في سنوات الطفولة المبكرة، يمكن أن يؤدى أو يزيد من احتمالية معاناة أحد أبنائها من صعوبة التعبير عن كثير من الانفعالات في حياته المقبلة (Berenboum & James, 1994, 353).

لقد أجريت دراسات حول معظم السكان حيث انه تم العثور على وجود تأثير للعمر على الألكسيزيميا ولكن ليس هناك فروق بين الجنسين، أما فيما يتعلق بالمشكلات الصحية على النحو التالي: ٨.٣٪ (٢ من ٢٤ شخصا)، ٤.٧٪ (٢ من ٤٣) ٨.٩٪ (١٦ من ١٧٩)، و٧٪ (٤ من ٥٦). وهكذا، فقد ذكرت العديد من الدراسات إلى أن معدل الإنتشار هو أقل من ١٠٪. وكان من النتائج أقل شيوعا يوحي بأنه قد يكون هناك ارتفاع حالات الإصابة من بين الذكورأكثر من الإناث، والتي يمكن استأثرت به بعض الصعوبات الخاصة بالذكور مع"وصف المشاعر"، دون الإناث ولكن ليس بسبب الصعوبات في"تحديد المشاعر" في الذكور والإناث التي تظهر قدرات مماثلة (www.japanpsychiatrist.com).

ويمكن تفسير ذلك في ضوء صعوبات التعلم قبل البرنامج يندر استغراقه في التخيل أو التفكير في الأمور الشخصية ويأخذ قرارات شخصية بناء على المبادى وليس بناء على المشاعر وهذه النتيجة منطقية لأن ذوى صعوبات التعلم يعانوا من عجز في المهارات الاجتماعية، وهذا يؤدى الى خفض مستويات تفاعلهم مع الا خرين، كما أنهم يقرون بأنهم أقل قبولا وأكثى انعزالا ولديهم ادراك ذاتى أقل لقدراتهم الاجتماعية مقارنة بأقرانهم العاديين Rubin & Mills, Krasnor (1988)، كما تراودهم افكار تلقائية لتبرير مشاعر العجز لديهم ونبذهم من قبل أقرانهم أو لتبرير خبرات الفشل الاجتماعى لديهم (Rubin & Krasnor, 1986, 1-68).

واستطاعت الباحثة في هذه الدراسة من خلال استخدام فنيات البرنامج التدريبى القائم على العلاج السلوكى أن يعمل على اظهار الخبرات الايجابية ورفع مستواها مماساعد على تعزيز الأفكار والمشاعر الايجابية للطفل ذوى صعوبات التعلم عن قدرته الاجتماعية، وهذا ما يؤدى الى مزيد من التفاعل الاجتماعى والمشاركة وبالتالى زيادة قدرة الطفل ذوى صعوبات التعلم على توجيه تفكيره خارجيا نحو المجتمع كما أن استراتيجيات البرنامج المستخدم في هذه الدراسة استطاعت مساعدة الطفل ذوى صعوبات التعلم على تحديد انفعالاته ومشاعره وتمييزها مما جعله أقل عرضه للاليكسزيميا وهذا ما اتفق مع بعض الآراء في ان مرضى الألكسيزيميا اكثر عرضه للفشل في المهارات الاجتماعية وذلك يرجع الى الفشل في تحديد الانفعالات والتعبير عنها، حيث تشير نتائج الفرض الى عدم تحقق صحته حيث لوحظ عدم وجود فروق دالة بين التطبيق البعدى والتطبيق التتبعى (بعد مرور اربعة اسابيع من تطبيق البرنامج) في أبعاد الأليكسزيميا وأعراضها ويرجع ذلك ربما الى نجاح الاستراتيجيات التى تم استخدامها في البرنامج حيث كان لها الأثر طويل المدى على المشاركين، وهذا ما اتفق الى حد ما في أن البرامج الفعالة هى التى يستمر أثرها لمدة كبيرة بعد انتهاء البرنامج وهذا ما تحقق في هذه الدراسة، حيث استطاع المشاركون بعد النتهاء البرنامج من التعبير عن مشاعرهم ووصفها للآخرين، وهذا بدووره يخفض حدة الأليكسزيميا لديهم (Joseph, 2004, 343).

وهذا يعنى ان هناك اثر للبرنامج التدريبى على المدى البعيد، وذلك لما يتصمنه البرنامج من فنيات تساعد الأطفال ذوى صعوبات التعلم على اتخاذ تعديلات في أفكارهم ومعتقداتهم وبالتالى في انفعالاتهم وسلوكهم، عن طريق النمذجة ولعب الدور والتقليد والمحاكاه وتعديل المعتقدات السلبية حول الأحداث والمواقف الحياتيه، وذلك عن طريق فنيات العلاج السلوكى، وأورد بعض الباحثين أمثال: ماير وسالوفى Mayer & Salovey (1995, 1-34) أن الاستراتيجيات السلوكية تؤدى الى تنظيم المشاعر والانفعالات المضطربة والتعبير عنها يمكن أن يؤدى لفترات طويلة الى تحقيق الصحة النفسية والتكيف. وهذا ما يتفق مع أهداف برامج تعلم المهارات التكيفية مع الحياه، والتى تتضمن زيادة دافعية الفرد وقدراته على المقاومة والاستفادة من الخبرات الناتجة في الوقت الحاضر في حل مشكلات أخرى مستقبلية على المدى البعيد (Jones, 2003, 274).

واتفقت هذه النتيجة مع نتائج بعض الدراسات ومنها دراسة (وحيد كامل، ٢٠٠٥) في كيفية توضيح مدى فاعلية البرنامج التدريبى وتاثيره في تعديل الافكار وبالتالى خفض شدة الضغوط الحياتيه وزيادة المشاعر الايجابية على المدى البعيد وفعالية التعبير عنها كما يتفق هذا مع الشروط التى يجب توافرها في برامج التدخل السيكولوجى ن وهى مراعاة الفروق الفردية بين المشاركين واختيار الفنيات المناسبة والمتنوعة لتحقيق تفاعل السمات، ومراعاة الخصائص العامة للمشاركين. (أحمد الحسينى هلال، ٢٠٠٢، ٩٠).

ويمكن ان ترجع النتيجة السابقة الى أن الفنيات التى استخدمت في هذا البرنامج سهلة الاجراء والتدريب، كانمذجة والمحاكاه والتقليد ولعب الدور (محمد هندية، ٢٠٠٣، ١٣٩) وبالتالى كان اثرها فعالا على المدى الطويل.

ومما سبق وبعد مناقشة النتائج بشكل مفصل نستطيع القول ان مدى نقص القدرة على التعبير عند الكثير من الاطفال ذوى صعوبات التعلم لاتكمن فقط في المخزون اللغوى الذى تتمتع به لغتنا العربيه ولكن في عدم تدريب هؤلاء الأطفال على استخدامها بالأسلوب الأمثل، ويرجع لعدم التدريب على المشاعر في مراحل مبكره في مجتمعاتنا، وأيضاً فرض رغباتنا علىا اولادنا منذ الصغر، وعدم قدرتهم على التعبير عن رغباتهم أو مشاعرهم. فالقليل منا يهتم بالتعرف على رغبات اولاده أو يسالهم عن مشاعرهم تجاه المواقف التى تمر بهم في الحياة، أو يجعلهم يعبرون عن ارائهم، أو يناقشهم في أحداث تخصهم، أو يشاركهم في اتخاذ القرارات، أو يتقبل الاختلاف في الرأى، أو يحاول اقناعهم بالرأى الاخر، ثم يترك لهم حرية الاختيار، أعتقد ان ذلك يمكن أن يجعل هذا الطفل يشب على قيم ومبادى تمكنه من التعبير بدقة عن رغباته ومشاعره وأفكاره، وأن يحترم الرأى الآخر، وينصت للآخر، ويتقبل الاختلاف مع الآولا يقلل من شأنه بسبب الاختلاف في الرأى أو الدين أو الجنس، أو اللون، أو التعليم، أو وجود اعاقة، ويلعب كبت الانفعالات في الطفولة والذى يرجع بدوره الى قصور في عملية التنشئية الاجتماعية للأطفال وخاصة خلال العام الأول من العمر بسبب قصور في الرعاية الأسريه وعدم توفر نموذج سلوك التعلق الامن لدى الطفل، وكذلك تعرض الطفل لصدمة انفعالية مبكرة قد تتضمن حرمانا عاطفيا، أو الفشل في نمو القدرة على ادراك واستخدام عمليات معالجة الانفعالات كرموز واشارات اجتماعية دورا في هذا القصور (Luminet et al, 2004, 741).

فشعور الوالدين بالقلق ازاء المشكلات التى يواجهها الطفل ذوى صعوبات التعلم قد يزيد من مشاكله، ولكن تفهم الوالدين لهذه المشكلات والسعى الى مساندته وتقديم المساعدة المباشرة له قد يؤدى الى تخفيف حدة الضغوط النفسية التى يعانيها مما يترتب عليه تقدم الطفل لغويا وتخفيف حدة الأليكسزيميا لديه.

رابعاً: توصيات الدراسة:

فى ضوء ما تحقق من النتائج التى توصلت إليها الدراسة الحالية توصي الباحثة بما يلي:

- تدريب العاملين بالمدارس على الاكتشاف المبكر للأطفال ذوى صعوبات التعلم وكيفية التعامل معهم، والتشخيص الصحيح لهم والتعاون مع الأسرة من أجل ذلك، وتشجيع هؤلاء الاطفال على التعرف على مشاعرهم وتنمية مهاراتهم في التعبير عن المشاعر والانفعالات.

- إشراك هؤلاء الاطفال في الانشطة الاجتماعية والرحلات الجماعية التى تدعم ثقتهم بانفسهم وتسمح لهم بالتعبير عن مشاعرهم وضبط سلوكياتهم.
- عدم الفصل بين هؤلاء الاطفال والاطفال العاديين فاسلوب الدمج أفضل اساليب مواجهة هذه المشكلة.
- يقوم معلموا الأطفال ذوى صعوبات التعلم بتطبيق البرنامج التدريبى القائم على استخدام العلاج السلوكى في خفض حدة الالكسزيميا لدى هؤلاء الأطفال.
- عمل دورات تدريبية وورش عمل لكلا من المعلمين والعاملين واباء الاطفال ذوى صعوبات التعلم لكيفية تدريب الطفل على التعبير عن مشاعره والتخطيط للمستقبل وتنمية الخيال لديه.
- ضرورة تدريب المعلمين والعاملين مع الاطفال ذوى صعوبات التعلم على استخدام النظريات والبرامج المقدمة لهؤلاء الأطفال والتى تسفر استخدامها عن تحسن مهاراتهم وخفض حدة الألكسيزيميا لديهم.
- الإهتمام بتوفيربرامج الرعاية النفسية لذوي صعوبات التعلم بحيث يتم تأهيلهم، وتدريبهم عليها، ثم يعودون، إلي صفهم الدراسي، وحثهم علي المشاركة، والتفاعل في المناقشات الجماعية، سواء داخل الروضة أو خارجها.

خامساً: البحوث المقترحه:

من خلال نتائج الدراسة الحالية ومن خلال عمل الباحثة مع الاطفال ذوى صعوبات التعلم فقداقترحت الباحثة بعض البحوث كالأتي:

- اثر برنامج قائم على العلاج المعرفى السلوكى لتنمية بعض الأعراض المصاحبه للألكسيزيميا
- برنامج قائم على العلاج السلوكى لتنمية جودة الحياه للاطفال ذوى صعوبات التعلم المصابين بالألكسيزيميا.
- برنامج تدريبى لخفض حدة الألكسيزيميا للأطفال ذوى صعوبات التعلم مقارنة بالعاديين.
- برنامج مقترح قائم لتنمية اللعب الايهامى لدى الأطفال ذوى صعوبات التعلم المصابين بالاليكسزيميا.
- اثر التنشئية الاجتماعية على خفض الألكسزيميا لدي عينة من ذوي صعوبات التعلم.
- برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الدافعية لدي ذوي صعوبات التعلم المصابين بالألكسيزيميا.

- اثرالعلاج المعرفي السلوكي في تحسين جودة الحياة النفسية لدي الطفل ذوي صعوبات التعلم المصاب بالألكسيزيميا.
- اثرالعلاج السلوكي في تنمية الإبتكارية لدي ذوي صعوبات التعلم المصابين بالألكسيزيميا.

مراجع الدراسة

أولاً: المراجع العربية.

ثانياً: المراجع الأجنبية.

مراجع الدراسة

أولاً: المراجع العربية:

- أبو زيد الشويقى (١٩٩٠). أثر التفاعل بين نوع التعزيز والأسلوب المعرفى على التحصيل في الرياضيات. رسالة ماجستير. كلية التربية. جامعة طنطا.
- أبو زيد الشويقي (٢٠٠٨). الإبتكارية الإنفعالية لدي عينة من طلاب الجامعة وعلاقتها بكل من الألكسيزيميا والعوامل الخمسة الكبري في الشخصية. المجلة المصرية للدراسات النفسية.
- إبتسام حامد السطيحة (١٩٩٧). استخدام كل من العلاج السلوكى المعرفى والتعلم بالملاحظة "النمذجة" في تعديل بعض خصائص الأطفال مضطربوا الإنتباه. دكتوراه غير منشورة. كلية التربية جامعة طنطا.
- إبراهيم الفقى (٢٠٠٠). قوة التحكم في الذات. القاهرة: المركز الكندى للتنمية البشرية.
- إبراهيم على إبراهيم (١٩٩٧). الاتجاهات الحديثة في العلاج السلوكى. مجلة البحث في التربية وعلم النفس. العدد الرابع. المجلد العاشر. كلية التربية. جامعة المنيا.
- أحمد أحمد عواد (١٩٩٢). تشخيص وعلاج صعوبات التعلم الشائعة في الحساب لدي التلاميذ الحلقة الأولي من مرحلة التعليم الأساسي. رسالة دكتوراه. كلية التربية. جامعة الزقازيق.
- أحمد أحمد عواد (١٩٩٤). التعرف المبكر علي صعوبات التعلم النمائية لدي الأطفال في مرحلة ماقبل المدرسة. المؤتمر العلمي الثاني لمعهد الدراسات العليا للطفولة.
- أحمد أحمد عواد (١٩٩٧). علم نفس التربوى وصعوبات التعلم. ط١. الإسكندريه: المكتب العلمى للنشر والتوزيع.
- أحمد أحمد عواد (٢٠١١).مدخل تشخيصي لصعوبات التعلم: إختبارات ومقاييس. ط٢. الكويت: مكتبة الفلاح للنشروالتوزيع.
- أحمد البهى، أمنية شلبى، أحمد عبد السميع (١٩٩٨). العزو السببى للنجاح والفشل لدى ذوى صعوبات التعلم من تلاميذ الحلقة الثانية من التعليم الأساسى. المجلة المصرية للدراسات النفسية. ٨. (٢١). ٦٦. ١٠٩.

- أحمد الحسينى هلال (٢٠٠٢). أثر برنامجين مقترحين في تعديل بعض الخصائص الانفعالية لدى مرضى الصرع بين المراهقين. رسالة دكتوراه. كلية التربية. جامعة طنطا.
- أحمد عثمان صالح، عفاف محمد محمود عجلان (١٩٩٥): بعض العوامل المزاجية والمعرفية المرتبطة باضطراب قصور الانتباه لدى الأطفال والمراهقين، الكجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد ١١، يناير، ص ٦٥- ١٢٣.
- أحمدمتولي عمر (٢٠٠٩). دراسة مقارنة لبعض خصائص الألكسيزيميا لدي عينة ممن يعانون من الصداع التوتري والعاديين من طلاب الجامعة. بحث غيرمنشور. كلية التربية. جامعة طنطا.
- أرنوف ف. ويتيج (١٩٨١). سيكولوجية التعلم. ترجمة: (عادل عز الدين الأشول، ومحمد عبد القادر عبد الغفار، ونبيل عبد الفتاح حافظ، وعبد العزيز السيد الشخص): دار ماكجروهيل للنشر.
- أسامه البطاينه (٢٠٠٩). صعوبات التعلم النظرية والممارسة. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- أشرف أحمد عبد القادر (٢٠٠١). التفكير والانفعال والسلوك- نظرية في العلاج النفسى. بنها. قليوبيه: مؤسسة الإخلاص للطباعة والنشر.
- أشرف عبد الحميد، (٢٠٠٨). فعالية برنامج تدريبى باستخدام الأنشطة الاصفية في تنمية الكفاءة الاجتماعية لدى التلاميذ ذوى صعوبات التعلم. مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية. يصدرها مركز البحوث النفسية كلية الآداب، جامعة المنيا. المجلد ١٩. أكتوبر. ١٨٣- ٢٥٠.
- أشرف عبد الغفار (٢٠٠٤). فاعلية برنامج معرفى سلوكى لعلاج الصعوبات الاجتماعية والانفعالية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية. رسالة دكتوراه. كلية التربيه. جامعة عين شمس.
- أشرف غزال (٢٠١٢). فعالية برنامج لتنمية بعض مهارات الاستعداد للتعلم لدى أطفال الروضة ذوى صعوبات التعلم. كلية رياض الأطفال. جامعة القاهرة.
- السيد عبد الحميد (١٩٨٨). فاعلية برنامج تدخل مبكر للحد من القصور في بعض المهارات البصرية لاطفال الروضة ذوى صعوبات التعلم النمائية رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير في دراسات الطفولة.

- السيد عبد الحميد (٢٠٠٠). صعوبات التعلم تاريخها ومفهومها وتشخيصها وعلاجها. القاهرة: دار الفكر العربى.
- السيد عبد الحميد سليمان (٢٠٠٣). صعوبات التعلم والأدراك البصرى. القاهرة: دار الفكر العربى.
- السيد عبد الحميد سليمان (٢٠٠٨). صعوبات التعلم النمائية. القاهرة: عالم الكتب.
- السيدعبدالرحمن سليمان (٢٠٠٣). صعوبات التعلم تاريخها- مفهومها- وتشخيصها وعلاجها. ط٢. القاهرة. دار الفكر العربى.
- السيدصقر (٢٠٠٠). أثر استخدام برنامج التحكم في الذات على استراتيجيات المعلومات لدى الأطفال ذوى صعوبات التعلم. رسالة دكتوراه. كلية التربيه. جامعة طنطا.
- الفرحاتى السيد محمود (٢٠٠٢). فاعلية برنامج للإرشاد المعرفى في خفض العجز المتعلم لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية. دكتوراه غير منشورة. كلية التربية. جامعة المنصورة.
- آمال إبراهيم الفقى (٢٠٠١). فاعلية السيكودراما في تخفيف المخاوف الاجتماعية. لدى الأطفال. رسالة دكتوراه. كلية التربية. جامعة بنها.
- امان محمود، سامية صابر (٢٠٠٣). تقدير السلوك- مركزية الذات- القلق النفسى لدى التلاميذ ذوى صعوبات التعلم المؤتمرالعاشر لمركز الارشاد النفسى. جامعة عين شمس. القاهرة، ١٢١٥ ديسمبر، ٢٤٧- ٢٦٦.
- أنورالشرقاوى (٢٠٠٦). دراسات لبعض العوامل المرتبطة بصعوبات التعلم لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بالكويت في سيكولوجية التعلم. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- إيمان عبد الله البنا (٢٠٠٣). الألكسيزيميا (صعوبة تحديدووصف المشاعر) وأنماط التعامل مع الضغوط لدي عينة من طلبة الجامعة. حوليات أداب عين شمس. ٣٣١. ١٥٥٧.
- بام روبنز وجان سكوت (٢٠٠٧). الذكاء الوجدانى. ترجمة: صفاء الأعصر. علاء الدين كفافى. الرياض: دار الزهراء للنشر والتوزيع.
- بطرس حافظ بطرس (٢٠٠٠). فاعلية برنامج لتنمية بعض الجوانب المعرفية لدى أطفال ماقبل المدرسة ذوى صعوبات التعلم. المؤتمر العلمى السنوى. طفل الروضة تربية ورعاية لمواجهة تحديات القرن الحادى والعشرين. مؤتمر الإرشاد النفسى. ٢٤إبريل. جامعة عين شمس.

- بطرس حافظ بطرس (٢٠٠٥). المساندة الاجتماعية وأثرها في خفض حدة الضغوط النفسية للأطفال المتفوقين عقليا ذوى صعوبات التعلم القراءة. المؤتمر السنوى الثانى عشر لمركز الإرشاد النفسى جامعة عين شمس" الإرشاد النفسى من أجل التنمية في عصر المعلومات". ٢٥٢٧ ديسمبر. ٥٧٥- ٦٩٣.
- بطرس حافظ بطرس (٢٠٠٨). صعوبات التعلم. الرياض: دار الزهراء.
- تيسير مفلح (٢٠٠٥). صعوبات التعلم والخطة العلاجية المقترحة. عمان. الأردن: دار المسيرة.
- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٩٣). معجم علم النفس والطب النفسى. الجزء ٦. القاهرة: دار النهضة العربية.
- جابر عبد الحميد جابر (١٩٩٨). التدريس والتعليم. سلسلة المراجع في التربيه وعلم النفس. القاهره: دار الفكر العربى.
- جابر عبد الحميد (٢٠٠١). خصائص التلاميذ ذوى الحاجات الخاصة واستراتيجيات تدريسهم. ط١. القاهرة: دار الفكر العربى.
- جمال الخطيب، منى الحديدى (١٩٩٨). التدخل المبكر. مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- جمال الخطيب (٢٠٠١). تعديل السلوك الأطفال المعوقين دليل الاباء والمعلمين. الكويت: مكتبة الفلاح.
- جمال عطيه فايد (٢٠٠١). مدي شيوع صعوبات التعلم النمائية لدي أطفال ماقبل المدرسة (في ضوء تقديرات المعلمين). مجلة كلية التربية بالمنصورة. جامعة المنصورة. سبتمبر. ص ص: ١٦٥- ١٩٢.
- جمال مثقال (٢٠٠٠). أساسيات صعوبات التعلم، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع.
- حازم محمد عبد العال محمود (٢٠١٣). فاعلية برنامج تدخل مبكر للحد من القصور في بعض المهارات البصرية لأطفال الروضة ذوى صعوبات التعلم النمائية. ماجستير. قسم الدراسات النفسية للأطفال. معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.
- حامد زهران (١٩٩٧). الصحة النفسية والعلاج النفسى. ط٣. القاهرة: عالم الكتب.
- حسن شحاته، حامدعمار، زينب النجار (٢٠٠٣). معجم المصطلحات التربويه والنفسية. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

- حسن مصطفى عبد المعطى (٢٠٠١). الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة" الأسباب- التشخيص- العلاج": مكتبة القاهرة.
- حسين على فايد (٢٠٠٥). العلاج النفسى- أصوله- أخلاقياته- تطبيقاته. مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- حمدى محمد إبراهيم (١٩٩٠). ممارسة الإتجاه السلوكى في خدمة الفرد مع الطفل ضعيف العقل لتعديل سلوكه اللاتوافقى. رسالة دكتوراه. كلية الخدمة الإجتماعية. جامعة حلوان.
- حنان عبد الحميد (١٩٩٥). الصحة النفسية للطفل. عمان: دار الفكر.
- خالد زيادة (٢٠٠٨). دراسة لاضطراب النشاط الحركى الزائد المرتبط بقصور الانتباه عند عينات من الأطفال تعانى صعوبات تعلم الرياضيات (الديسليكسيا). المجلة المصرية للدراسات النفسية. تصدرها الجمعية للدراسات النفسية. المجلد ١٨. العدد٥٩. أبريل: ٣٥٧- ٤٢١.
- خليل ميخائيل معوض (٢٠٠٢). القدرات العقلية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- داليا محمد فتحي الألفي (٢٠١٢). الألكسيزيميا لدي عينة من المراهقين المصابين بتشتت الإنتباه وفرط النشاط. رسالة ماجستير. معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.
- راضى الوقفى (٢٠٠٤). أساسيات التربية الخاصة. الأردن: جهينة.
- رأفت رخا السيد (٢٠٠٣). صعوبات التعلم تعريفها وأنماطها. رسالة دكتوراه. الآداب. جامعة القاهرة.
- رحاب برغوت (٢٠٠٢). برنامج أنشطة مقترح لتنمية بعض مهارات الاستعداد للقراءة والكتابة للأطفال ذوى صعوبات التعلم بمرحلة رياض الأطفال. رسالة دكتوراه. معهد الدراسات العليا الطفولة. جامعة عين شمس.
- رنا سحيم فهد جاسم الدبوس (٢٠٠٨). فاعلية برنامج علاجى سلوكى للتخفيف من شدة التلعثم لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة من (٩- ١٢) سنة. رسالة دكتوراه. قسم الدراسات النفسية والإجتماعية.
- ر. و. بين (١٩٩٣). الاصطرابات المعرفية. ترجمة: محمد نجيب الصبوة. القاهرة: مركز النشر لجامعةز

- زيدان السرطاوى، وكمال سالم (١٩٨٧). المعاقين أكاديميا وسلوكياً خصائصهم وأساليب تربيتهم. الرياض: دار عالم الكتب.
- زين بن محمد البتال (٢٠٠١). استخدام أساليب التفاوت بين القدرات العقلية والتحصيل الأكاديمى في تعرف صعوبات التعلم لدى الأطفال. المجلة التربوية. الكويت. العدد ٥٨. المجلد ١٥. ص ص ١٧٩– ٢١١.
- زينيب محمود شقير (٢٠٠٠). الشخصية السوية والمضطربه. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- زينيب محمود شقير (٢٠٠٢). خدمات ذوى الاحتياجات الخاصة– الدمج الشامل– التدخل المبكر – التأهيل المتكامل. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- سالم امحمد عبد القادر (٢٠٠٥). الاضطرابات الإدراكية وعلاقتها بنوعية صعوبات التعلم لدى عينة من تلاميذ الصف الثالث من مرحلة التعليم الأساسي بليبيا. رسالة دكتوراه. معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.
- سامية محمدصابرعبدالنبي (٢٠١٢). الألكسيزيميا وعلاقتها بنوعية (جودة) النوم لدي عينة من طلاب وطالبات الجامعة. مجلة دراسات نفسية. العدد (٢). المجلد (٢٢). إبريل.
- سحر علام (٢٠٠١). تقييم فاعلية برنامج لتنمية الذكاء الوجداني لدي عينة من طالبات الجامعة. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية البنات. جامعة عين شمس.
- سلوى رشدى أحمد (٢٠١٢). فاعلية برنامج قائم على مفاهيم نظرية العقل في تحسين التفاعل الاجتماعي لدى عينة من الأطفال التوحديين وخفض سلوكياتهم المضطربة. رسالة دكتوراه. كلية التربية. جامعة عين شمس.
- سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم (٢٠١٠). المرجع في صعوبات التعلم" النمائيه والاكاديميه الإجتماعيه الإنفعاليه. ط١. القاهرة: مكتبة الإنجلو المصريه.
- سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم (٢٠١١). صعوبات التعلم النمائية وأثرها على القراءة والكتابة والرياضيات والعلوم. القاهرة: مكتبة ايتراك.
- سهام أحمد السلامونى (٢٠٠١). فعالية بعض فنيات الإرشاد السلوكى في خفض النشاط الحركى الزائد وعلاقته بالتحصيل الدراسى لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية. ماجستير غير منشورة. كلية التربية. جامعة المنصورة.
- صالح أبو جادو (١٩٩٨). علم النفس التربوى. الأردن: دار المسيره للنشروالتوزيع والطباعة.

- صفاء محمد البحيرى (٢٠٠١). أثر برنامج تدريبى لذوى صعوبات التعلم في مجال الرياضيات في ضوء نظرية تشغيل المعلومات. رسالة دكتوراه. غيرمنشورة. معهد الدراسات التربوية. جامعة القاهرة.
- صلاح الدين العراقي محمد (٢٠٠٦). دراسة العلاقة بين عجز/ نقص كلمات التعبيرعن المشاعر (الألكسيزيميا) والتعلق الوالدي لدي الراشدين. مجلة كلية التربية. جامعة الزقازيق. العدد ٥٤.
- صلاح الدين علام (٢٠٠٦). القياس والتقويم التربوى والنفسى– أساسياته وتطبيقاته وتوجيهاته المعاصر. ط٥. القاهرة: دار الفكر العربى.
- صلاح عميرة (٢٠٠٢). برنامج مقترح لعلاج صعوبات تعلم القراءة والكتابة لدى تلاميذ غرفة المصادر بالمدرسة الابتدائية التأسيسية بدولة الإمارات العربية المتحدة. رسالة دكتوراة غير منشورة. معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.
- طه عبد العظيم (٢٠٠٧). إستراتيجيات إدارة الغضب والعدوان. الأردن: دارالفكر.
- عادل أحمد عز الدين الأشول (١٩٨٧). موسوعة التربية الخاصة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عادل عبد الله (٢٠٠٥). بعض المتغيرات المعرفية لأطفال الروضة ذوي قصور المهارات قبل الأكاديمية كمؤشرات لصعوبات التعلم. المؤتمر العلمي الأول لجمعية التأهيل الاجتماعي للمعاقين. الشرقية.
- عادل عبد الله (٢٠٠٦). المؤشرات الدالة على صعوبات التعلم لأطفال الروضة"دراسات تطبيقية". القاهرة: دار الرشاد.
- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٨). قصور المهارات قبل الأكاديمية لأطفال الروضة وصعوبات التعلم، ط٢. القاهرة: دار الرشاد.
- عادل محمد العدل (١٩٩٩). الاختلاف في مستويات الإدراك والذاكرة والفهم باختلاف إستراتيجية الانتباه لدى عينة من تلاميذ الصف الأول الإعدادي (في إطار تجهيز المعلومات). المجلة المصرية للدراسات النفسية. المجلد ٩. العدد ٢٤. أكتوبر. ص ١٧١– ٢١٤.

- عبد المنعم أحمد الدردير (١٩٩٨). فاعلية التعزيز الموجب في علاج صعوبات تعلم الحساب وبعض الأعراض النفسية المصاحبة لها لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية- دراسة تجريبية في البيئة السعودية. مجلة كلية التربية. ج٢. ع٢٢. جامعة عين شمس.
- عبد الرحمن العيسوي (١٩٩٧). العلاج السلوكي. موسوعة علم النفس الحديث. القاهرة: دار الكتب الجامعية.
- عبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٦). الفنيات العلاجية السلوكية للمخاوف المرضية من المدرسة "عرض ونقد". مجلة علم النفس. العدد السابع والثلاثون: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- عبد الرحمن سليمان (١٩٩٩). سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة "المفهوم والفئات". القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- عبد الرحمن عدس، محي الدين متولي (١٩٩٢). المدخل إلى علم النفس. الأردن: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- عبد الرحمن عدس، محي الدين توق (٢٠٠٥). المدخل إلى علم النفس. ط٦. عمان: دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبد المنعم الميلادي (٢٠٠٨). صعوبات التعلم. الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
- عبد الحليم محمود السيد، شاكر عبد الحميد، محمد نجيب الصبوة، جمعة سيد يوسف، عبد اللطيف محمد، معتز سيد، سهير فهمي (١٩٩٠). علم النفس العام. ط٣. القاهرة: مكتبة غريب.
- عبد الستار إبراهيم، وعبد العزيز الدخيل، ورضوان إبراهيم (١٩٩٣). العلاج السلوكي للطفل" أساليبه ونماذج من حالاته" سلسلة عالم المعرفة. العدد (١٨٠) الكويت. المجلس الوطني للثقافه والفنون والآداب.
- عبد الصبور منصور (٢٠٠٣). مقدمة في التربية الخاصة. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- عبد العزيز الشخص وآخرون (٢٠٠٦). قاموس التربية الخاصة والتأهيل لذوى الاحتياجات الخاصة. ط٢. القاهرة: مكتبة الأنجلوالمصريه.
- عبد العزيز الشخصي، عبد الغفار الدماطى (١٩٩٢). قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين. ط١. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- عبد العزيز بن عبد الله الدخيل (١٩٩٠). تعديل السلوك مقدمة في أسس التحليل السلوكي ونماذج من تطبيقاته. القاهرة: الخانجى للطباعة والنشر.
- عبد الناصر أنيس عبد الوهاب (١٩٩٣). دراسة تحليلية لأبعاد المجال المعرفي والمجال الوجداني للتلاميذ ذوى صعوبات التعلم بالحلقة الأولى من التعليم الأساسي. دكتوراه غير منشورة. كلية التربية. جامعة المنصورة.
- عبد الوهاب محمد كامل (١٩٩٩). مبادئ علم النفس بين النظرية والتطبيق. القاهرة: مكتبة الأنجلو.
- عرفات صلاح شعبان أحمد (٢٠٠٤). فاعلية بعض فنيات العلاج السلوكي في تعديل بعض المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي صعوبات التعلم. دكتوراه. قسم الدراسات النفسية والاجتماعية. جامعة عين شمس.
- عزة رضوان (٢٠٠٥). السلوك الاستكشافي وعلاقته ببعض الأساليب المعرفية لدي الأطفال ما قبل المدرسة ذوي صعوبات التعلم. ماجستير. كلية رياض الأطفال. جامعة القاهرة.
- عصام محمود محمد ثابت (٢٠١٠). فاعلية برنامج لتنمية تقدير الذات لدى عينة من الأطفال ذوى صعوبات التعلم. دكتوراه الفلسفة في دراسات الطفولة" ذوى الاحتياجات الخاصة. قسم الدراسات النفسية للأطفال. جامعة عين شمس.
- عفاف إبراهيم إبراهيم بركات (٢٠١٢). فاعلية برنامج إرشادي في تحسين نقص التعبيرعن المشاعر (الألكسيزيميا) لدي عينة من ذوي إضطرابات الأكل. دكتوراه. كلية التربية. جامعة بنها.
- علا قشطة (١٩٩٥). فاعلية بعض فنيات تعديل السلوك في خفض النشاط الزائد لدى الأطفال المعوقين عقليا. دكتوراه غير منشورة. كلية التربية. جامعة عين شمس.
- عماد عبد الرحيم الزغول، على فالح الهنداوى (٢٠٠٢). مدخل إلى علم النفس. العين: دار الكتاب الجامعى.
- فاتن طلعت (٢٠١٠). الألكسيزيميا ونوعية الحياة في ضوء أعراض الشره وفقدان الشهية العصبي لدي عينة من المراهقات. حوليات مركزالبحوث والدراسات النفسية. كلية الأداب. جامعة القاهرة. الرسالة السادسة.

- فاروق الروسان (١٩٩٤). طرائق تغيير السلوك، ورقة عمل إلى التدريبيه للعاملي في مجال تربية المعوقين ذهنيا في معاهد التربية الخاصه المنظمة العربية للتربية والعلوم والثقافه. إدارة التربيه تونس. ١٥ نوفمبر.
- فاروق الروسان (٢٠٠٠). تعديل وبناء السلوك الإنساني. عمان. الأردن: دار الفكر الطباعة والنشر والتوزيع.
- فاروق الروسان (٢٠٠٤). المفاهيم الأساسية في ميدان صعوبات التعلم. ط١. الكويت: الجامعة العربية المفتوحة.
- فاروق السعيد جبريل وآخرون (٢٠٠٣). علم نفس النمو. المنصورة: عامر للطباعة والنشر.
- فتحي الزيات (٢٠٠٢). المتفوقون عقليا ذو صعوبات التعلم. قضايا التعريف والتشخيص. المؤتمر السنوي لكلية التربية جامعة المنصورة "نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوى الاحتياجات الخاصة". ٤٥ أبريل.
- فتحي الزيات (٢٠٠٧). صعوبات تعلم: الاستراتيجيات التدريسية والمداخل العلاجية. ط١. القاهرة: دار النشر للجامعات.
- فتحي السيد عبد الرحيم، حليم السيد بشاي (١٩٨٨). سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيه التربية الخاصة. الكويت: دار القلم.
- فتحي مصطفى الزيات (١٩٩٨). صعوبات التعلم "الأسس التشخيصية والعلاجية". القاهرة: دار النشر للجامعات.
- فكرى أحمد عسكر (٢٠٠٣). فاعلية برنامج ارشادى في تحسين مفهوم الذات لدى طلاب الجامعة. رسالة ماجستير. كلية التربية. جامعة بنها.
- فؤاد أبو حطب، أمال صادق (١٩٨٠). التقويم النفسي. القاهرة: مكتبة الانجلو المصريه.
- فوقية حسن رضوان (٢٠٠٠). كيف نعد طفل الروضة لتعلم القراءة والكتابة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- فيصل الرزاد (١٩٩١). صعوبات التعلم لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية في دولة الإمارات العربية المتحدة. "دراسة مسحية- تربوية- نفسية". مجلة رسالة الخليج العربى. الرياض: مكتب التربية العربية لدول الخليج. العدد٣٨. ص ص: ١٢١- ١٧٨.
- فيصل الرزاد (٢٠٠٢). الذاكرة: قياسها اضطراباتها وعلاجها. الرياض: دار المريخ للنشر.

- كارول بالدوك (٢٠٠٥). غرس الثقة بالنفس عند الأطفال. القاهرة: دار الفاروق.
- كاميليا عبد الفتاح (١٩٩١). العلاج النفسى الجماعى للأطفال بإستخدام اللعب. ط٣. القاهرة: دار النهضة.
- كمال أحمد الإمام الشناوى (٢٠٠٠). بعض متغيرات سمات الشخصية لدى ذوى صعوبات التعلم والعاديين من تلاميذ الصف الخامس بالمرحلة الإبتدائية. المؤتمر السنوى لكلية التربية. نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوى الإحتياجات الخاصة. جامعة المنصورة.
- كمال زيتون (٢٠٠٣). التدريس لذوى الاحتياجات الخاصه الإرشادالنفسي من أجل التنمية في عصرالمعلومات". جامعة عين شمس. القاهرة: عالم الكتب٢٢٥- ٢٦١.
- كمال سالم سيسالم (٢٠٠١). اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة خصائصها، أسبابها، وأساليب علاجها. العين: دار الكتاب الجامعي.
- كيرك وكالفانت صعوبات التعلم الأكاديميه والنمائيه. ترجمة: زيدان السرطاوى وعبد العزيز السرطاوى (١٩٨٨). الرياض: مكتبة الصفحات الذهبيه.
- لطفى الشربينى (١٩٩٥). (د، ت) معجم مصطلحات الطب النفسى. مراجعة: عادل صادق. مركز تعريب العلوم الصحيه: موسسة الكويت للتقدم العلمى.
- لويس مليكة (١٩٩٤). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. ط٢. الكويت: دار القلم.
- محمد الأحمدي (٢٠٠٦). المشكلات والحاجات الإرشادية للطلاب الموهوبين والمتفوقين. المؤتمر العلمي الإقليمي للموهبة. "رعاية الموهبة تربية. من أجل المستقبل". مؤسسة الملك عبد العزيز ورجاله لرعاية الموهوبين٩٦٥. ٣٧ ديسمبر ٩١٤.
- محمد العيسوي (٢٠٠٤). سمات الشخصية لذوى صعوبات التعلم في الرياضيات في المرحلة الابتدائية وفعالية برنامج تربوي في علاجها. رسالة ماجستير. كلية التربية. جامعة قناة السويس.
- محمد رزق البحيري (٢٠٠٩). إسهام بعض المتغيرات النفسية في التنبؤ بالألكسيزيميا لدي عينة من الأطفال ذوي صعوبات تعلم القراءة الموهوبين موسيقيا. دراسات نفسية. ٨٥٨.
- محمد شعبان أحمد (٢٠١١). الألكسيزيميا وعلاقتها بسلوك المشاغبة لدى عينة من مراحل تعليمية مختلفة. رسالة ماجستير. كلية التربية. جامعة الفيوم.

- محمد على كامل (٢٠٠٣). صعوبات التعلم الأكاديمية بين الفهم والمواجهة. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- محمد علي كامل (٢٠٠٨). المؤشرات السلوكية والأدائية الدالة على الاضطرابات في بعض عمليات معالجة المعلومات السمعية لدى تلاميذ الحلقة الأولى بالتعليم الاساسى كمنبئات لمؤشرات صعوبات التعلم. المجلة المصرية للدراسات النفسية. ١٨ (٦١). ٣٠٧- ٣٨٣.
- محمد عودة الريماوي (١٩٩٨). في علم نفس الطفل. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- محمد محروس الشناوي (١٩٩٤). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة: دار غريب.
- محمد محروس الشناوي، محمد عبد الرحمن (١٩٩٨). العلاج السلوكي الحديث" أسسه وتطبيقاته". القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- محمد هندية (٢٠٠٣). مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تخفيف حدة الاكتئاب لدى الأطفال. رسالة دكتوراه غير منشوره. معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.
- محمود عوض الله سالم، مجدي الشحات، أحمد حسن عاشور (٢٠٠٦). صعوبات التعلم، التشخيص والعلاج. عمان: دار الفكر.
- محمود عوض الله سالم، أمل عبد المحسن زكى (٢٠٠٩). صعوبات التعلم والتنظيم الذات. القاهرة: مكتبة ايتراك.
- محمود عبد الحليم منسي (٢٠٠٣). التعلم- المفهوم- النماذج- التطبيقات. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- مسعد نجاح الرفاعى أبو الديار (٢٠١١). تنمية أساليب المواجهة لخفض الأعراض الإكلينكية المصاحبة للألكسيزيميا لدى عينة من الأطفال ذوى الأعراض الذاتويه. دكتوراه في الآداب تخصص علم النفس. جامعة عين شمس.
- مصطفى الحسيني النجار (١٩٩٩). فاعلية خدمة الفرد الجماعية في تخفيف السلوك العداونى لدى الأطفال. مجلة كلية التربية. مارس العدد الثاني. السنه الرابعة. جامعة المنوفية.
- مصطفى نورى القمش، فؤاد عيد الجوالدة (٢٠١٢). صعوبات التعلم"رؤية تطبيقية". عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

- مصطفى نورى القمسى، خليل عبد الرحمن المعاطية (٢٠٠٧). سيكولوجية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة. مقدمة في التربية الخاصة الأردن: دار الميسرة.
- مفيد حواشين، زيدان حواشين (٢٠٠٢). إرشاد الأطفال وتوجيههم. عمان: دار الفكر.
- ناديه إبراهيم عبدالقادر (٢٠٠٢). فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تنمية الإنفعالات والعواطف لدي الأطفال المصابين بالتوحدية وأبائهم. رسالة دكتوراه في دراسات الطفولة. معهدالدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.
- ناديه شريف، رجاء ابو علام (١٩٩٥). الفروق الفردية وتطبيقاتها التربويه. ط٣. الكويت: دار القلم.
- نبيل عبد الفتاح حافظ (٢٠٠٤). صعوبات التعلم والتعلم العلاجي. القاهرة: مكتبةزهراء الشرق.
- نبيل عبد الفتاح حافظ (٢٠٠٦). صعوبات التعلم والتعلم العلاجى. ط٣. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- هدي سلمي مطير (٢٠٠٩). الألكسيزيميا وعلاقتها بالقلق لدي عينة من المواهقين المكفوفين. رسالة. ماجستير. معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.
- هشام الخولي (٢٠٠٥). العلاقة بين العجز/ النقص في القدرة علي التعبيرعن الشعور (الألكسيزيميا) والمخادعة/ المخاتله (الميكافيليا). مؤتمر الإرشادالنفسي. المؤتمرالسنوي الثاني عشر".
- هشام عبد الرحمن الخولى (٢٠١١). الصحه النفسيه نحو حياه أفضل. القاهرة: دار المصطفى للطباعه والنشر والتوزيع.
- هند عصام العزازي (٢٠١٤). صعوبات التعلم والخوف من المدرسة. ط١. القاهرة: المكتب العربي للمعارف.
- هويدا حنفى رضوان (١٩٩٢). برنامج لعلاج صعوبات القراءه والكتابه والرياضيات لدى تلاميذ الصف الرابع من التعليم الأساسى. رسالة دكتوراه غير منشوره. كلية التربيه. جامعة الاسكندرية.
- واطسون. ل س (١٩٩٧). تعديل سلوك الأطفال، ترجمة محمد فرغلى. الكويت: دار الكتاب الحديث.
- وحيد كامل (٢٠٠٥). فعالية برنامج إرشادى عقلانى إنفعالى في خفض أحداث الحياه الضاغطة لدى عينة من طلبة الجامعة. مجلة الدراسات النفسية ١٥. ٥٦٩- ٢٩٨.

- وليد كمال عفيفى (١٩٩٦). استراتيجيات أداء المهام المعرفية في الذاكرة وحل المشكلات لدى الطلاب ذوى صعوبات التعلم. دكتوراه غير منشورة. كلية التربية. جامعة طنطا.
- وليم عبيد (١٩٩٦). تربويات رياضيات. ط٤. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ياسمين جمال الدين (٢٠١١). نموذج لأنماط تعلق الراشدين والإلكسيثميا ودفاعات الأنا وبعض المتغيرات الديموجرافية. رسالة ماجستير. كلية التربية بالإسماعيلية. جامعة قناة السويس.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

- Alexander, P. (1994). Young Children's creative solution to Realistic and Fanciful store problem Journal of creative, vol. 28, No. PP. 89- 106.
- Anshel, M. H. (2001). for Qualitative validation of model For coping with acute stress in sport. Journal of Sport Behavior, 24, PP 223.
- Arnold, N.G: . (2001). Learned Helplessness and Attribution for Success and Failure in L.D Students, http: // www.Idnline, Org,., PP20.
- Banaschewski, T., Ruppert, S., Tannock, R., Albrecht, B., Becker, A., Uebel, H., et al. (2006). Colour Percept ion in ADHD.journal of Child Psychol Psychiatry, Vol: 47, N: 6, PP: 568- 572.
- Bandura, A. (1969). principles of Behaviour Modification: New York. Holt, Rinehart & Winston, P.118.
- Bandura, A. (1977). Social Learning Theory. Englewood Prenticclifts
- Hall., PP84.
- Barrett, L.F., & Salovey, P. (2002). Introduction. In: L.F Barrett, P. Salovey (Eds) The wisdom in feeling Psychological Processes in emotional intelligence. NewYork: Guilford press, PP166.
- Bart Boets, Jan Wouters, Asters, van Wieringen, Pol Ghesquiere (2007). Auditory Processing, speech perce tion and phonological ability in Pre- school children at high- risk for dyslexia: A longitudinal study of the auditory temporal processing theory, Neurop sychologia, V ol: 45, Issue 8, PP: 1608-1620.

- Bear, G & Minke, K. (1996). Positive Bias in Maintenance of self worth Among Learning Disability Quarterly Children.1 9, 1. 23, PP23- 32.
- Berenbum, H., james, T. (1994). Correlates and retrospectively rep ort ed antecedent of Alexithymia. psychos Med, 65: P35.
- Berthoz, S.& Hill, E: (2005). The validity of using Self- reports to assess emotion regulation abilities in adults With autism disorder European Psychiatry 20. Spectrum, PP54.
- Bilalice, M., M (2008). why Good Thoughts Block Better ones: The Mechanism of the pernicious Einstellung (set) Effect, Cognitio, vol,. 108, No. 3, PP. 652- 661.
- Binrang Yang, Raymond C.K. Chan, Xiaobing Zou, Jin Jinning Mai, Jing Li (2007). Time Perception deficit in children with ADHD, Brain Research, Vol: 1170, PP: 90- 96
- Bird, G, Silani.G, Brindley, R, Singer.T, Frith, U& Frith (2006). Alexithymia in Autism Spectrum Disorders an fMRI Investigation Penultimate Draft- 26th November, PP 195
- Blackwell (1996). The Dictionary of Neuro psychology., PP43- 44.
- Blood&gordonw (2009). Double Jeopardy for children who Stutter Race and Coexisting Disorders. journal Articles, Reports research, V30, N3, PP131: 141.
- Briody, M.E (2005). Emotional intelligence: Personality, gender and cultural Dickinso factors. Doctoral Dissertation, Farleigh University (UMI, 3159654), PP32.
- Bryan Young, G (2003). Perception and Perceptual Disorders, Ency clo p edia of the Neurological Sciences, (USA), PP: 837- 838.
- Bureau, 1. (1989). A study of the relationship between alexithymia and empathy Doctoral Dissertation, Alberta University (IsBN 0- 315- 55350- 2)., P3.
- Cassidy, J., Parke, R., Bukowiski, L,.Braungart, J. (1992). Family peer connection: The roles of emotional expressiveness with in the family and children, sunderstanding of emotions, Child Development, 63, pp.251.
- CatherineA.Mateer, Kimberly A.Kerns, and Karen L.Eso (1996). Manage nt of Attention and Memory Disorders Following Traumatic Brain Injury, Journal of Learning Disabilit i es, Vol: 29, N: 6, PP: 618- 632.
- Chery H.Silver, Ronald M.Ruff, Grant L.Iverson, Jeffrey T.Barth, Donna K.Broshek, Shane S.Bush, Sandra P.Koffler, Cecil

R.Reynolds, NAN Policy and Planning Committee (2008). Learning disabilities: The need for neuro Psychological evaluation, Archives of Clinical Neuropsychology, Vol: 23, PP: 217- 219.

- Considine, C. (2011). Alexithymia assessed through auditory- affective precep- and interpersonal problems as mediators of the relationship between trauma and depression. Master, Canada: University Of Windsor, PP.85.
- Donovan, D., E (2005). Sectiona: Assessment In Combined Pharma cotherapy and Behavior Therapy Trialsof Al coholism Trieatment: Issues and Domains, Journa of Studies on Alcohol,.vol 66.5, PP.92- 93.
- Ellis, A (2004). Rational emotive behavior therapy: It works For me. can work For you, Amhersts, Ny, Us, Prometheus, Boo k s, P.270.
- Ellis, A,. (2005). Can recational- emotive behavior therapy (Rebt) and acceptance and commitment therapy (Act) of Rational Emotive and cognitive Therapy, vol.23, No 2, PP 153-168.
- Emerson.E, Hatton.C (2007). Contribution of socio- economic Position to health inequalities of British children and adolescent s with intellectual disabilities, Vol: 112, PP.140- 150.
- Eve N.Rosenthal, Cynthia A.Riccio, Kristent M. Gsanger and Kelly Pizzi tola Jarratt (2006). Digit Span components as predictors of attention problems and executive functi oning in children, Archives of Clinical Neuropsy ch ology, Vol: 21, PP: 131- 139.
- Francis, David., Fletcher., Stuebing, Karla., Reid Iyon. G, Shaywitz, Bennett& Shaywitz, Sally (2005). PP1- 45.
- Frank, R,.& Elizabeth, H.& Barbara, K. (1992). Disabilities and management of learning disabilities interdis. Ciplinary Life style Approach 2nd. London Hapman.& Hall., PP.5.
- Gerald, M. A., & Frida, P. (2003). Using relationship- focused Intervention to enhance the social- emotion Functioning of young children with autism spectrum. Early Special Education, 23, PP200- 255.
- Goswami&usha. (2009). Mind, Brain, and Literacy: Biomarkers as Usable Knowledge for Education Mind, Brain, and Education,

V3, N3, PP176: 184, Willy Blackwell, Journal Articles, Reports Descriptive.

- GunzelmanT, Kupfer (2002). Alexithymia in the elderal population. Compr Psychiatry., 43., PP74- 80.
- Hans Langner (1985). The Relationship of visual Perceptual integration to reading disabilities: an application: an application of Heinz werner, S developmental theory, PhD, Uni ve rsity of Nebraska.
- Helberg, A., Herberg, A (1977). Alexithymia- aninherited trait? A Study of twines. Psychother Psychosom, 28, PP.176- 223.
- Hilary Gomes, Martin Duff, Miguel Ramos, Sophie Molholm, John J. Foxe and Jeffrey Halperin Halperin (2011). Auditory selective attention and Processing in children with attention- deficit/ hyperactivity, Clinical Neur oph ysi ology, Vol: 123, N: 2, PP: 293- 202.
- Hoppe KD, Bogen JE (1977)." Alexithymia in twelve commissuro tomized patients". Psychotherapy andpsychosomatics28 (1- 4), PP 55.
- Hughes, T. (2000). Predictive usefulness of the differential ability scales (DAS) for preschooler, slearning difficulties. DAIVol.16, PP495.
- Hui- Yi Wang, Tzu- Hsiu Huang, Sing- Kai Lo (2011). Motor ability and adaptive function in children with attention deficit hyperactivity disorder, The Kaohsiung Journal of Medical Sciences, Vol: 27, N: 10, PP: 446- 452.
- Hulette, A. (2011). Intergenerational relationships between truma dis soc iat i on and emotion. PhD., Universityof Oregon, PP.12.
- Ikeda, K., Kasugai, H., Yamaguchi, A., Uchino, Y., Katase, H., Kanno, A (2012). Visual perceptual strengths and weaknesses in adults with intellectual disabilities compared with a birth year- matched norm, Journal of Intellectual Disability Research, Article first Published online: 11 Jan2012, DOI: 10.1111/ J.1365- 2788/ 2011.01 516. x.
- Janet W. Lerner: (2000). Theories, Diagnosis, and Teachinh Strateheies, Boston NewYork, PP.552- 553.
- Jessimer M, Markham R (1997)." Alexithymia: aright hemisp here dysfunction specific to recognition of certain facial expressions?". Brain and cognition 34 (2) PP, 246- 258.

- Johns, w, Hiam.E& Anthony, s. (2005). The negative effect of Alexitymia on outcome of group therapy for complicated grier: What role might the therapist play? Comprehensive psychiatry, Vol, (46), PP.206.
- Jones, J (2003). Family adaptation, coping and resources Parents of children with developmental disabilities and behaviour problems. Journal on Developmental Disabilities. Special Issue on Families of Individuals with DD, 11 (1), PP274.
- Joseph.V, Nuechterlein, K, Subotnik K, Green, F, Gitlin, M (2004). Self-efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent- onset schizophrenia, schizophrenia Research., 69 Issue (2/ 3), PP343.
- Joshua I.Breier, LincoIn C.Gray, Jack M.Fletcher, Barbara For man, Patr ic ia Klaas (2002). perception of speech and nonspeech stimuli by children with and without reading disability and attention deficit hyp erac ti v it y, Journal of Experimentalal Child Psychology, Vol: 82, N: 3, PP: 226- 250.
- Kalyva&Efrosinni&Joannis. (2009).Can Social Strides Enhance the InterPersonal Conflict Resolution Skills of children with LD.Amultiditisciplinary Journal, V30, N1, PP 192: 202.
- Kano, M, Hamaguchi, T, Itoh, M, Yanai, K& Fukudo, S (2007). Correlation between alexithymia and hypersensitivity to visceral stimulation in human Panin132, PP252.
- Karen M.Ketch, Darlene A.Brodeur, Robin McGee (2009). The effects of focused attention on inhibition and state regulation in children with and without attention deficit hy per activity disorder, Journal of Applied Devel ome ntal Psychology, Vol: 30, N: 1, PP1- 13.
- Kendall, PH (2000). Childhood disorders Psychological, Press, uK., PP.131.
- King, J., Mallinckrodt, P (2000). Family environment and alexithymia In client and non clients. Psychotherapy Research, 10., PP98- 245.
- Khachapuridze.N, Bakhtadze, S, Geladze N, Kapanadze, N (2011). Impact of Pharmacological versus nonpharmacological treat ment on cognitive shift in attention deficit hyperactivity disorder, European Neuropsycho Pha r macology, Vol:

21, Supplement3, Papers of the24th ECNP Congress, P: S600.
- KoKKhen, R (2001). Alexithymia. The European Journal of Psychiatry, 13 n, 1, PP80.
- Konrath, S Grynberg, D., Corneille, O., Hamming, S,.& Luminet.O (2011). On the Social cost of interdependence: Is enhanced among socially Interdependent people Personality andIndividual Differences, 50, PP.135.
- Krystal, H. (1988). Intgration and self healing: Afect trauma, Alexithymia Hilsdale, N.y. Analyicpres, PP247- 298.
- Lance E.Trexler and Giuseppe Zappala (1988). Neuropathological determinants of acquired attention disorders in traumatic brain injury, Brain and Cognition, Vol: 8, N: 3, PP: 291-302.
- Lane, R& schwatz, G. (1987). Levelof emotional awareness: Acognitive dvelopmental Theory and it, s applications Psychopathology. Am.J. Psychiatry. (144), PP100.
- Lane, R..D., Fink, G.R., Chau, P.M.& Dolan, R.J. (1997). Neural activation during selective Attention to subjective emotional Responses Neuroreport 18, 3969, P34- 44
- Learner, J. (2000). Learning Disabilites, theories, dise gnosis, and teaching strategies, Boston, Houghton Mifflin company., PP.100.
- Lee, v (2010). The impact of alexithymia, emotional intelligence matrital, values, culture on relation ship satisfaction PhD. Howard University, PP3.
- Le, H., Ramos, M.& Munoz, R. (2007). The Relationship between alexithymia and perinatal depressive symptomatology. Journal of Psychosmatic Research, 62, PP215.
- Luminet, O., Rime, B., & Taylor, J., (2004).A multimodal Investigat Investigation of Emotional responding in alexithymia. Cognition and emotion, 18 (5), PP741
- Lumley, M,., (2004). Alexithymia emotional Disclosure and health Journal of personlity, 22, 61372- 1300.
- Maiden, R. (2005). Overcoming Resistance A Rational Emotive Behavior Therapy Integreted APProach, Journal of Cognitive Psychotherapy, Vol.19, No, PP. 393- 394.
- Malone, R. (2001). Mother, Sperception of the toy play of Preschoolers with intellectual disabilities. Journal of international disability development education Vol.18, PP.91.

- Mansell, W. (2005). Behavior Therapy, British Journal of Psychiatry Psychiatry, Vol.186, No., PP546.
- Mantani, T., Okamoto, Shirao, N., Okad, G, Yamawaki, S. (2005). Reducedactivatin of Posterior cortex cingulated imagery in suubjectswith high degrees of Alexithymi afunctiona magneti resonanc imaging study.Bio Psychiatry Psychiatry 57 (9), PP.982
- Margaretha, dramsdahl, Rene Westerhausen, Jan Haavik, Kenneth Hugdahl, Kerstin J. Plessen (2011). Cognitive control in adults with attention deficit/ hyperactivity disorder, Psychiatry Research, Vol: 188, PP: 409- 410.
- Martin, J&Pih, R,, (1986). Prediction of, alexithymia characteristics form Physiological, Personality and subjective measures Psychother Psychosom. (45), PP.80.
- Martinussn, R&Tannock, (2006). Working Memory Impairments in Children With Attention- Degicit Hyperactivity Disorder With or Without Comorbid Language Learning Disorders, Journal of Clinical and Experimental Neuropsychological, Vol: 28, PP: 1073- 1094.
- Masayo K, J Junichiro Hayanob, C, Shinkan T, & Sadao, (2006). Independent associations of alexithymia and social support with., PP.161.
- Mayer. J.D& Salovey. P (1995). what is Intelligence In Salovey, P Sluyter.D. I et al, (eD) Emotional development and Motional intellingence and. Educational NewYork.Basic Books Inc.PP.1- 34.
- Mc Dogell, J. (1989). Theatres of Mind Truth and illusion on psychoanalytic Stage New York: Basic Books.
- Mclnnes, A., Bedard, A.C, Hogg- Johnson, S., &Tannock, R. (2007). Pr e li m I nary evidence of beneficial effects of methylp h e n I date on listening comprehension in children with attention- deficit/ hyperactivity disord e r.Journal of Child Adolescent Psychopharmacol, Vol: 77, N: 1, P P: 35- 49.
- Merith Cosden, Sarah Patz, and, Steven Smith (2009). Do Problems with Information Processing Affect the Process of Psychotherapy for Adults with Learning Disabilities or Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder?, Learni ng Disabilities Research & Practice, vol: 24, N: 4, PP: 165- 173.

- Michaell, G& Elizabeth, A. (1998). Mentoring Emotionally Sensitive Individuals N/ A, 38 (10). 1859- 1865.
- Muller (2000). When a patient has no story to tall: Psuchiatric: Times, 7. (2), PP252.
- Nancy P.johnson (2009). the Effect of the Corrective Reading Program on Junior High Students with Learning Disabilities and Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder, PhD, Walden University.
- Naoi, N., Yokoyam, Y., & Yamamot, J. I. (2007). Intervention for tact as reporting in childrn with disorders. Research, In Autism Spectrum Disorders1 (2), PP174- 184.
- Natalia del Compo, Samuel R.Chamberlain, Barbara J.Sahakian, and Trevor w.Robbins (2011). The Roles of Dopamine and Noradrenaline in the Pathophysiology and Treatment of Attention- Deficit/ Hyp erac tivi ty Disorder,, Bioogical Psychiatry, Vol: 69, N: 12, PP: e145- 157.
- Natalie Grizenko, MD: Mamatha Bhat, MD., George Schwartz,, MSc.,, Marina Ter- Stepania n, BA., Ridha Joo b e r (2006). Efficacy of methyphenidate in children with at tenti on-deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: a randomized crossover trial, Journal of Psychiatry Neu ros c I, V o l: 3 1, N: 1, PP: 46- 51.
- Nemiah, C., Freyberger, H& Sifnoeos, M. (1976). Alexithymia: a View of the Psychosomatic process In O. W. Hill (Ed) modern, Vol.3, PP430.
- Nevid, J. Rathus, S., Green, B. (2000). Abnormal Psychology in a Changing World 4th. Ed., New Jersey, Prentice Hall.PP.240- 241.
- Newdelman, M. (1998). Construct validation of neuropsychological syndrome of nonverbal disability and the newdelman assessment of non verbal learninh: An instrument to screenforthe disorder Dissertation Abstracts International: Section The B: Sciences And Engineering, 58, 10B, 5695.
- Niocol C.Cuomo (2001). Is there a relation between visual perceptual skills and handwriting in childer with learning disabilities? M.A, Southern Connecticuy State University, New Haven, Connecticut.

- Parker, J Talor, G &Bagby, R. (1993). factorial validation of20 items Toronto Alexithymia scale. European J. per so na li t y. (7), PP.98.
- Parker, J., Taylor, G, Bagby, R (1999). Alexithymia and depression Distinct or overlipping construct. Comprehensive Psychiatry, PP.187.
- Partridge, E. (1993). Validation study of the NLDsyndrome and model alexithymia: in the developmental and acquired Presentation of the NLd syndrome. Dissertation Abstracts International: Sciences B: The Sciences and Engineering, 53, 9B,, 455.
- Picard, A., Fagnani, C., Gigantesco, A, Taccacaceil, V. Lega, & Stazi, M. (2011). Gentici nfluences on alexithymia Journal of and t eir relationship with depressive symptos Psych osomatic Research, PP.71, 256.
- Pisecco, R (2001). Boys with reading disabilities and/ or ADHD: disabilities, in early childhood, journal of learning disabilities Vol34 (2): , PP.1- .106
- Porcelli, P.& Sonino,. N. (2007). Psychological factors affecting medical conditions, Switzerland: Karger, PP.90.
- Reker, M. Ohrmann P.Rauch, A., kugel, Bauer, J& Dannlowski, U (2010). Indivdual Differences in alexithymia and brain response to masked emotiton andBehavior. 46 (5), PP.452.
- Ramer, Lokanadha, G& Kusuma, A (2004). Learning disabilities apractical guide to Practitioners, New Delhi, Dicovery Publishin house, P200.
- Reckling, A& Buirski, P (1996). Child Abuse, Self- Developmen And Affect Regulation Psychoanalytic Psychology, 13: , PP124.
- Reddy, S. (2009). Alexithymia and collectivisms in survivors of domestic violence: An exploratory study. PhD., The Chicago school of Professional Psychology, PP.3- 10.
- Richardson, Wortis (1998). Mental retaraation, New. Jersey Associates Publishers, PP521.
- Rieffe, C., Meerum Terwogt, M.&., Bosch, J.D. (2004). Emoetional. awareness and Somatic complaints in children European Journal of Developmental Psychology, 1, PP31.
- Rieffe, C., O osterveld, P., & Terwogt, M. M. (2006). An alexithy questionnaire For children: Factorial and Councurrent

validation resulys Personality and Individua Differences, 40, PP.59- 154.

- Ropert L.Mapou (2009). Adult Learning Disabilities and ADHD: Research.Informed Assessment: Oxford Workshop.
- Rubin, K., & Krasnor, L. (1986). Social- cognitive and social behavioral perspectives on problem solving. In M. Perlosutter (E d), Minnesota symposia on child Psycho logy, Vol. 1 8, PP.1- 68) Hillsdale. N J: Erlbaum.
- Salovey, p. Bedell. Det wile, J & Mayer, J. (1999). Coping intelligently: Emotional intelligence and Coping Process In.C.R.
- Sara Barber, Laurie Grubbs, Barbara Cottrell (2005): Self- Perception in Children with Attention Deficit/ Hyperact ivity Disor der, Journal of Pediatric Nursing, Vol: 20, N: 4, PP: 235- 245.
- Sarah H.Bernard (2009). Mental healh and behavioural Problems in children and adolescents with learing disabilities, Psychiatry, Vol: 8: 10, Pp: 387- 390.
- Shishido, H. (2011). Alexithymia and impulsivity: Testing mechanisms for alcohol use and related problems. Master, University South Dakota, PP.9- 12.
- Smith, A., Taylor, E., Lidzba, K., (2003). right hemispheric fronto-cerebellar network for tim discrimination of several hundreds of milliseconds, Neuroimage, Vol: 20, PP: 344- 350.
- Snyder (ED).Coping: The Psychology of What works- Oxford: Univeristy Press, pp147.160.
- Steven R. Pliszka, James T. McCracken, James W.Maas (1996). Catechol-amines in Attention- Deficit Hyperactivity Disorder: Current Perspectives, Journal of the American Academy of Child&Adolescent Psychiatry, Vol: 35, N: 3, PP: 264-272.
- Steven, c: (2001). An examination of affective and social information Processing in alexithymia. Adissertation submitted to the faculty of university of Utah, pp29- 46.
- Sutherland, S. (1991). Macmillan dictionary of Psychology.The Macmillan. pp16
- Sutherland, V. (2011). The relationshop among Alexithymia, attachment style, and racing identity of African women in

residential Substance abuse treatment facility. Texas UNIVERSITY- Commerce., pp7.

- Tabibnia, G, Zaidel.G, E (2005)." Alexithymia, interhemispheric transfer, and right hemispheric specialization a critical review". Psychotherapy and psychosomatics.74 (2): PP81- 92.
- Tannock, R., Martinussen, R., &Frijters, J. (2000).Naming speed perf or ma nce and stimulant effects indicate effortful, semantic processing deficits in attention deficit/ hyperactivity disorder, Journal of Abnorm Child Psychol, Vol: 28, N: 3PP: 237- 252.
- Taylor, G. (1994). The alexithymia constract: Conceptualization Validation and Relationship with basic dimensions of pers on al ity. New Trends in Exerimental and Clinical Psy chi atry, 10, pp32.
- Taylor, Bagby, Parker, J, (1997). Disorders of affect regulation alexithymia in medical and psychiatric illnesses, Cambridge, UK: Cambridge University Press, PP59- 154.
- Taylor, GJ.and Bagby M.R (2000). An Overview of The Alexithymia Construct, In Reuven Bar- On and James D.A. Parker (Eds) The Hand book of Emotional. Intelligence: Theory, development, assessment, and application at home School and The Work place, San Francisco: Jossey- Bass Inc.p.41- 67.
- Taylor, s.t. (2005). Treatment of Ob sessive- ComPulsive, Disorder: Beyond BehaviorTherapy, Cognitive, Behaiv or Thera py, Vol.34, No.3, PP129- 130.
- Timary, P., Luts, A., Hers, D& Luminet, O (2008). Absolute and relat ivestability of alexithymiainal in alcoholic inpatients undergoing alcohol withdrawal: Relationship to depression and anxiety, Psychiatry Research157,.P105.
- Trissler, T (2005). Attitudes Towards homework of Intermediate grade children with learning disabilities, Widener university, Vol.66., PP.650.
- Valdes, M., Jodar, Q Juel, J., &. Sureda B. (2001). Alexithymia verbal Intelligenc: A Psychometric Study: Actos Esp psiguiatr, Vol.29, PP. 338.

- Velasco, C., Fernandez, I., Paez, D.& Campos, M. (2006). emotional intelligence, alexithymia, coping and emotional regulation Psicothema, 18, PP. 89.
- Vingerhoets, J.H (1995). In crcased cytolytic T Iymphocyte and decreased B7 responsiveness are associated with CD28 down-regulation on CD8+ T cells from HIV- infected subjects Clin. Exp. Immun100, PP.425.
- Vongeisti,. ((1993). Communication in the family: The Influence of time, relational prototypes, And irrationality. Communication Monographs, 60, PP271.
- Watson, J.B., and Rayner, R. (1920). Canditionedal Reactions Journal of experimental psychology 3, PP.1- 14.
- Way, P., Yelsma., Van Meter A,. M.& Blank- pond, (2007). Understanding alexithymia and language Skills in children: Implications for assessment and intervention. Language, Speech& Hearing Services in, Vol Schools 38 (2), PP.98.
- Wearrden A. LCook.& Vaughan. J. (2003). Adult attachment, Alexithymia, Symptom reporting and health related coping.J. of psychosomatic research, Vol.55 (4).PP341.
- Wily, J. (1996). Expertise As Mental Set: The Effcts of Domain Know ledge In Creative Problem Solving, Dissertation Abstracts International, Vol.589No.3, PP.174.
- Wm.Drew Gouvier, Audery Baumeister, and Kola Ijaola (2009). Neuro Psychological Disorders of Children, Assessing Childhood Psychopathology and Developmental Disabilities, II, PP: 151- 182.
- www. Japanps ychiatrist. Com/ Abstracts/ Expats1. Html. Retrieved (2007). PP, 8- 10.
- Yelsma, P. (1998). Clients Positive and negative expressiveness expressiveness PP 98.
- Yelsma, p. (2001). clients positive and negative expressivenss with their families and alexithymia Psychological Reporst (8 2), p564.
- Zetilin, S., Mc Nally, R& Cassidey, K. (1993). Alexithymia in victims of effect of traumatization.American Journal of sexual assault: repeated of Psychiatry, 150, PP65.